Nr. 37. 15. września 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Bolesław SKARŻYŃSKI. Kraków.
Asyst. Zakładu Chem. Lek. U. J.

Nowe zdobycze na polu chemji hormonów płciowych.

Żmudne i kosztowne badania chemiczne nad hormonami, poza swoją czysto naukową wartością, mają olbrzymie znaczenie dla praktyki lekarskiej. Nietylko dlatego, że poznanie struktury chemicznej poszczególnych hormonów pozwala wniknąć bliżej w zawiłe sprawy chemiczne ustroju zwierzęcego i lepiej zrozumieć ich odchylenia od prawidłowego przebiegu, ale w dużej mierze również dlatego, że poznanie własności chemicznych hormonów ułatwia ich otrzymywanie w czystym stanie z surowców zwierzęcych, stosowanie czystych przetworów w lecznictwie i wreszcie umożliwia ich syntetyczne otrzymywanie. W dziedzinie poszczególnych hormonów badania chemiczne posunęły się dotychczas różnie daleko, ale najbardziej imponującemi wynikami o doniosłem praktycznem znaczeniu poszczycić się mogą przeprowadzane w ostatnich latach badania nad hormonami gruczołów płciowych.

Dziś z całą pewnością można mówić o trzech hormonach tego typu, ściśle określonych pod względem chemicznym: o hormonie pęcherzyków jajnikowych, o hormonie ciałka żółtego i o hormonie płciowym męskim. Historycznie najdawniej osiągnięto dodatnie wyniki w zakresie poznania struktury chemicznej hormonu pęcherzykowego, zwanego przez poszczególnych badaczy folikuliną, menformonem, progynonem, oestryną i t. d. Badania nad tym hormonem wybitnie ułatwiały dwa czynniki — łatwo dostępny, obfitujący w hormon surowiec i stosunkowo prosty biologiczny sposób służący dla wykrywania obecności hormonu pęcherzykowego w przerabianym surowcu.

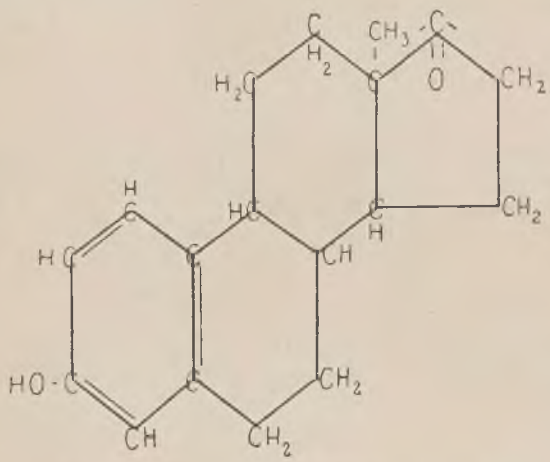
Sposób ten, zwany próbą Allen-Doisy'ego, polega na łatwo dającem się stwierdzić występowaniu objawów rui u trzebionych samic myszy albo szczurów po podawaniu hormonu pęcherzykowego. Tę najmniejszą ilość hormonu, która w odpowiednich warunkach powoduje u wytrzebionej samicy myszy objawy rui, nazwano jednostką mysią hormonu pęcherzykowego. Dla uniknięcia wybitnych różnic, jakie zaznaczały się przy oznaczaniu ilościowem hormonu pęcherzykowego na drodze biologicznej, zależnie od sposobów, jakiemi posługiwano się w takim wypadku, Międzynarodowa Komisja Ujednostajnienia witaminów i hormonów przyjęła jako jednostkę hormonu pęcherzykowego 1/10000 mg czystego przetworu hormonu. Mimo to sprawa miareczkowania hormonu pęcherzykowego nie jest jeszcze całkowicie rozwiązana (1).

Wygodnym surowcem dla otrzymywania hormonu pęcherzykowego był mocz kobiet ciężarnych, zawierający do 15 tysięcy jednostek w 1 litrze. Znacznie większe ilości znajdują się w moczu klaczy ciężarnych (do 100 tys. jedn. w litrze) i ogierów (około 40 tysięcy jedn. w 1 litrze).

Już w roku 1929 otrzymał po raz pierwszy A. Butenandt z moczu kobiet ciężarnych hormon pęcherzykowy w czystym stanie, jako krystaliczny przetwór o ogólnym wzorze $C_{18}H_{22}O_2$. 1 mg tego przetworu odpowiadał 10.000—20.000 jednostek mysich. Kilkuletnie badania doprowadziły do ustalenia dla hormonu pęcherzykowego poniżej podanego wzoru (I).

Wkrótce jednak okazało się, że istnieje wiele innych ciał o biologicznych własnościach hormonu pęcherzykowego. Z moczu kobiet ciężarnych wyosobnił G. F. Marrian, oprócz znanego hormonu, krystaliczną substancję o wzorze $C_{18}H_{24}O_3$, nazwaną wodzianem folikuliny albo trójhydroksy-oestryną. Różni się ona od hormonu opisanego przez Butenandta zawartością dwóch atomów wodoru i jednego atomu tlenu więcej. Stosunkowo łatwo można zamienić ją *in vitro* w hormon pęcherzykowy. Działanie fizjologiczne wodzianu folikuliny jest około dziesięciokrotnie słabsze od działania hormonu pęcherzykowego. W ustroju kobiecym substancja ta jest prawdopodobnie wytwarzana podczas ciąży przez łożysko; z łożyska kobiecego wyosobnił Collipp substancję o własnościach rujopędnych, która okazała się jednoznaczną z wodzianem hormonu pęcherzykowego (2).

Z moczu źrebnych klaczy wyosobniono (Girard (3)), oprócz hormonu pęcherzykowego ciała o własnościach rujopędnych nazwane ekwiliną, ekwileniną i hipuliną. Różnią się one od hormonu pęcherzykowego mniejszą zawartością wodoru, a co za tem idzie, większą ilością podwójnych wiązań między atomami węgla w szkielecie pierścieni aromatycznych. Geneza tych związków chemicznych i rola, jaką odgrywają w ustroju, pozostaje niewyjaśniona.



I. Hormon pęcherzykowy (folikulina).

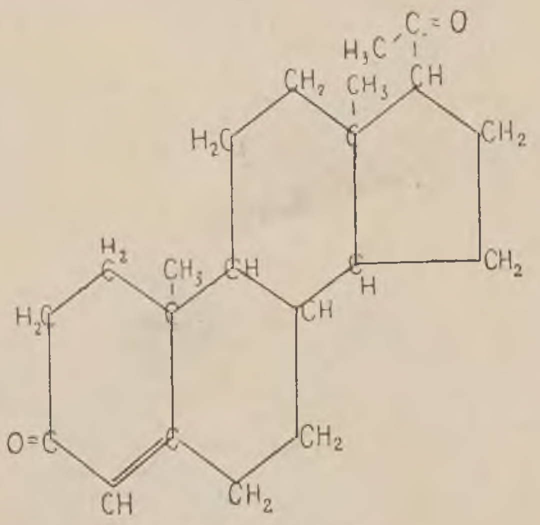
Substancje rujopędne są bardzo rozpowszechnione również w świecie roślinnym; w czystym krystalicznym stanie wyosobniono je z nasion palmowych (Butenandt i Jacobi (4)) oraz z kwiatów wierzby (Skarżyński (5)), przyczem okazały się one jednoznacznemi z hormonem pęcherzykowym. Rujopędne ciała stwierdzono nawet w materjałach kopalnych (ropa naftowa, asfalt), jest jednak mało prawdopodobne, ażeby w tym wypadku substancje te miały związek z hormonem pęcherzykowym. Obecność substancyj rujopędnych stwierdzano na podstawie powyżej opisanej biologicznej metody Allena-Doisy'ego, metoda ta okazała się jednak mało swoistą. Ruję u trzebionych myszy wywołuje cały szereg związków chemicznych o bardzo nawet odległem pokrewieństwie budowy z hormonem pęcherzykowym. Szczególnie zasługuje na uwagę fakt, że kilka rakotwórczych substancyj, wyosobnionych ze smoły pogazowej albo otrzymanych syntetycznie, powoduje objawy rui u wytrzebionych samic (6).

Dla praktycznego zastosowania czystego hormonu pęcherzykowego w celach leczniczych doniosłe znaczenie posiada fakt, że połączenia hormonu z kwasami organicznemi — estry hormonu — przez dłuższy czas pozostają w obrębie ustroju i dłużej oddziaływują na przebieg spraw fizjologicznych aniżeli wolny hormon. Jednorazowy zastrzyk estru benzoesowego hormonu pęcherzykowego powoduje ten sam skutek farmakologiczny, co powtarzane codziennie przez 8 dni zastrzyki takich samych ilości hormonu w wolnym stanie.

Przez przyłączenie do drobiny hormonu pęcherzykowego dwóch atomów wodoru, co pociąga za sobą zamianę grupy ketonowej $= C = O$ na grupę alkoholową — CHOH, otrzymali Schwenk i Hildebrand (7) t. zw. dwuhydro-hormon pęcherzykowy. Ten syntetyczny przetwór posiada 5-ciokrotnie większą siłę działania biologicznego aniżeli naturalny hormon pęcherzykowy. W postaci estru z kwasem benzoesowym znajduje się w handlu pod nazwą Progynon B i jest najsilniej działającą znaną substancją rujopędną. Wydawało się tylko niezwykłem, że syntetycznie można było otrzymać związek chemiczny o silniejszem działaniu biologicznem aniżeli odpowiedni przetwór naturalny. Ostatnio jednak Doisy (8) przerabiając 1.500 kg jajników, wyosobnił w czystym stanie i z tego materjału zawartą tam substancję rujopędną. Okazała się ona jednoznaczną z dwuhydro-hormonem pęcherzykowym. Dwuhydropochodna, poznana pierwotnie jako produkt syntetyczny, jest więc prawdopodobnie właściwym hormonem pęcherzykowym, wytwarzanym

w jajniku, a tylko wydalana jest nazewnątrz z moczem w postaci uboższej o dwa atomy wodoru. A więc i w tym wypadku natura wykorzystuje do swych celów związek chemiczny o możliwie najsilniejszem działaniu biologicznem.

Doświadczenie fizjologiczne, stanowiące podstawę orjentacyjną dla badań nad hormonem ciałka żółtego, oparte jest na znanej roli tego hormonu w ustroju. Przeprowadza on błonę śluzową macicy, znajdującą się pod wpływem hormonu pęcherzykowego w t. zw. stadjum przerostu, w stan odpowiedni dla osadzenia się zapłodnionego jaja, zwany okresem wydzielniczym. Wytrzebione samice królików są przez pewien okres czasu poddawane działaniu przetworów hormonu pęcherzykowego, a następnie podaje się im materjał, w którym ma być stwierdzona obecność hormonu ciałka żółtego. Histologiczne badanie błony śluzowej macicy zwierzęcia jest wskaźnikiem przypuszczalnej obecności hormonu w badanym materjale. Na tej zasadzie oparto również pojęcie jednostki króliczej, służące dla ilościowego oznaczania hormonu ciałka żółtego. Sposób ten jest więc o wiele bardziej zawiłym i kosztownym, aniżeli metoda biologiczna oznaczania hormonu pęcherzykowego. Również i surowiec służący do otrzymywania hormonu ciałka żółtego jest o wiele trudniej dostępny i mniej wydajny. Mimo tych trudności udało się w kilku pracowniach otrzymać z ciałek żółtych właściwy hormon w czystym stanie (9). Rozporządzając zaledwie kilkudziesięcioma miligramami hormonu, zdołał B u t e n a n d t ustalić wzór chemiczny tej substancji (II), nadając jej zarazem nazwę *Luteosteronu.* 1 jednostka królicza odpowiada 0,5 mg krystalicznego luteosteronu.

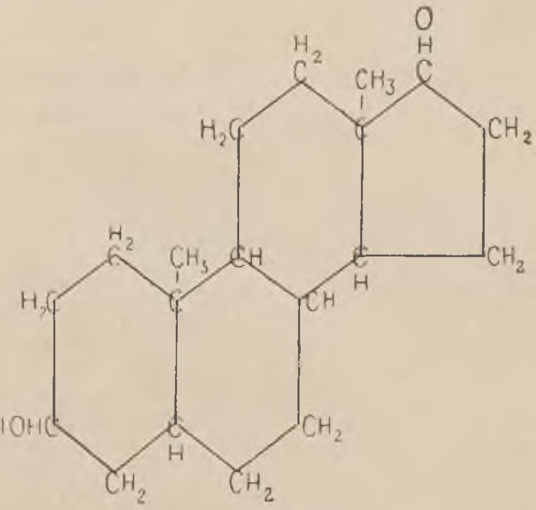


II. Luteosteron.

Początkowe próby wyosobniania hormonu płciowego męskiego z jąder bydlęcych nie doprowadziły do pożądanych wyników. Dopiero mocz mężczyzn dojrzałych płciowo okazał się dogodnym i tanim surowcem. Spośród licznych prób biologicznych służących do wykrywania obecności hormonu męskiego w przerabianym surowcu, największe rozpowszechnienie znalazły sposoby oparte na spostrzeganiu czasu odrostu grzebienia u wytrzebionych kogutów w następstwie podawania hormonu męskiego. Sposoby te stały się podstawą ilościowego określania hormonu płciowego męskiego w t. zw. jednostkach koguciclı. Posługując się moczem męskim, jako surowcem, a doświadczeniem z kapłonami, jako wskaźnikiem, wyosobnił B u t e n a n d t (10) hormon męski w postaci krystalicznej, nadając mu nazwę *androsteronu.* Na jakie trudności praca ta natrafiała, zilustrować może fakt, że dla otrzymania pierwszych kilkudziesięciu miligramów androsteronu, przerobił B u t e n a n d t około 50.000 litrów moczu męskiego. 2/10 mg androsteronu odpowiada 1 jednostce koguciej. Wzór chemiczny androsteronu ustalił B u t e n a n d t w formie poniżej podanej (III).

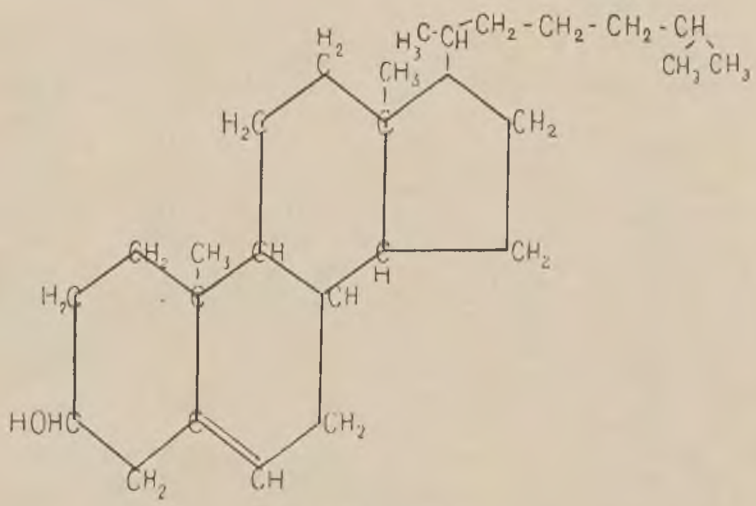
Podobnie jak w przypadku hormonu pęcherzykowego, tak i w androsteronie zamiana grupy ketonowej $= C = O$ na alkoholową — CHOH przez przyłączenie dwóch atomów wodoru, wzmaga znacznie siłę działania biologicznego androsteronu. Możliwem jest więc, że właściwy hormon wytwarzany w jądrach jest dwuhydro-androsteronem, a krystaliczny przetwór otrzymany przez B u t e n a n d t a jest odmianą hormonu, pod postacią której ustrój wydala hormon męski nazewnątrz. Za słusznością tego przypuszczenia przemawia fakt, że E. L a q u e r wraz ze swymi współpracownikami (11) wyosobnił z jąder zwierzęcych krystaliczną substancję — nazwaną testosteronem — o dziesięciokrotnie silniejszem od androsteronu działaniu biologicznem.

Krystaliczne przetwory hormonów płciowych stały się wielką zdobyczą dla praktycznej medycyny, umożliwiały bowiem podawanie dużych dawek tych substancyj, bez równoczesnego wprowadzania do ustroju nieswoistych zanieczyszczeń. Niestety, stosowaniu tych przetworów na większą skalę stoją na przeszkodzie wysokie koszty, z jakiemi połączone jest otrzymywanie tych hormonów. Wystarczy zwrócić uwagę na to, że w 100 litrach moczu kobiet ciężarnych znajduje się 100—200 miligramów hormonu pęcherzykowego, w 100 litrach moczu męskiego 100 mg androsteronu. 1 miligram luteosteronu zawarty jest



III. Androsteron.

w około 30 jajnikach świńskich. W praktyce otrzymuje się w rzeczywistości jako czysty hormon tylko pewien odsetek zawartości hormonu w surowym materjale. A dawki konieczne do osiągnięcia poważnych wyników leczniczych są bardzo wysokie. Wynika to ze znanych spostrzeżeń klinicznych K a u f m a n n a (12). Autor ten doprowadził do pojawienia się typowej miesiączki u kobiety z obustronnie usuniętemi jajnikami, podając przez 21 dni ogółem 100 mg hormonu pęcherzykowego, a następnie przez 7 dni około 20 mg luteosteronu. Ilości te prawdopodobnie stanowią fizjologiczną dawkę obu hormonów odpowiadającą jednemu okresowi miesiączkowemu i dawki lecznicze muszą obracać się w tym samym szeregu wielkości. Otrzymywanie hormonów płciowych na drodze syntezy chemicznej mogłoby więc stać się wybitnem ułatwieniem leczniczego stosowania tych substancyj.

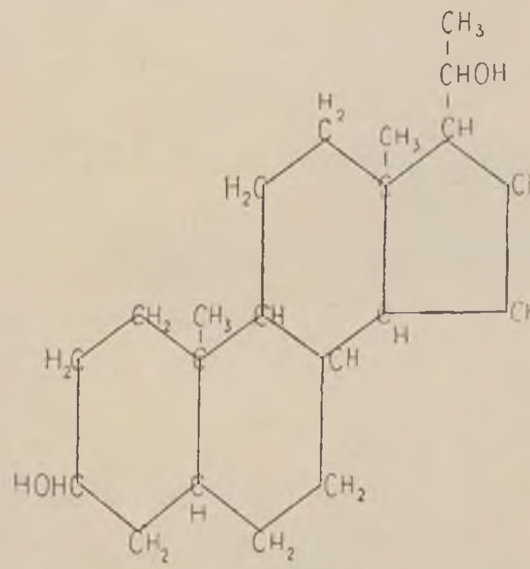


IV. Cholesteryna.

Rzut oka na strukturalne wzory chemiczne trzech hormonów gruczołów płciowych wskazuje na charakterystyczną wspólną właściwość. Wszystkie te trzy hormony wywodzą się z tego samego szkieletu atomów węgla, zbudowanego z trzech sześcioczłonowych i jednego pięcioczłonowego pierścienia. Ten układ pierścieni węgla, t. zw. uwodorodniony cyklopentano-fenantren, stanowi podstawę strukturalną wszystkich rozpowszechnionych w przyrodzie steroli, a więc i pospolitej choleste-

ryny, jak na to wskazuje podany poniżej wzór (IV). *Bardzo jest prawdopodobnem, że cholesteryna jest substancją macierzystą, z której ustrój zwierzęcy w odpowiednich warunkach wytwarza hormony płciowe.* Wspólna chemiczna geneza poszczególnych hormonów płciowych tłumaczy poniekąd opaczne zjawiska, jak pojawianie się dużych ilości hormonu pęcherzykowego w moczu i w jądrach ogierów lub występowanie androsteronu w moczu kobiecym (13).

Nasuwającą się możliwość przejścia *in vitro* z cholesteryny do hormonów płciowych zrealizował pierwszy znany chemik szwajcarski L. Ruzicka (14). Z pochodnej cholesteryny — epi-dwuhydro-cholesteryny — przez odszczepienie długiego łańcucha bocznego węgli, uzyskał związek chemiczny identyczny z androsteronem. Androsteron uzyskany drogą tej połowicznej syntezy z cholesteryny, nie różni się od naturalnego androsteronu ani własnościami chemicznemi ani farmakologicznemi. Analogiczne wyniki w zakresie luteosteronu uzyskali — niezależnie od siebie — Butenandt (15) i Fernholz (16). Z zbliżonego do cholesteryny sterolu roślinnego — stigmasteryny — otrzymali drogą szeregu przekształceń chemicznych luteosteron, identyczny z hormonem naturalnym. Z teoretycznego punktu widzenia bardzo zajmującą jest jeszcze inna synteza luteosteronu, przeprowadzona w pracowni Butenandta (17). Materjałem wyjściowym w tej syntezie był *pregnandjol*, związek już dawno wyosobniony z moczu kobiet ciężarnych, pozbawiony jednak zupełnie własności farmakologicznych. Wzór strukturalny pregnadjolu (V) wskazuje na bliskie pokrewieństwo z luteosteronem. I rzeczywiście, stosunkowo łatwo udało się w pracowni chemicznej przeprowadzić ten biologicznie nieczynny pregnandjol w luteosteron. W świetle tych badań zrozumiałą staje się geneza pregnandjolu; jest on wydalanym nazewnątrz produktem przemiany luteosteronu w ustroju.



V. Pregnandjol.

Synteza androsteronu i luteosteronu stanowi wielki triumf chemji hormonów płciowych. Umożliwia otrzymywanie w sposób względnie prosty tych cennych substancyj, a co zatem idzie, ich stosowanie na szerszą skalę. Ponadto synteza ta potwierdza słuszność doniedawna poniekąd hipotetycznych wzorów chemicznych androsteronu i luteosteronu. Wyjaśnienie zaś struktury chemicznej omówionych powyżej hormonów pogłębia zrozumienie ogromnego znaczenia, jakie w fizjologji posiadają związki chemiczne wywodzące się z pierścieniowego układu cyklopentano-fenantrenu. Do tego typu związków należą oprócz steroli i hormonów gruczołów płciowych, kwasy żółciowe, witamina D, jady ropuch (bufotalina) i podstawowe składniki licznych glukozydów nasercowych rodzaju *Digitalis* i *Strophantus*.

Piśmiennictwo:

1) Schoeller, Dohrn i Hildebrand: Klin. Wschr. 827, 1935. — 2) A. Butenandt i J. S. Browne: Ztschr. f. physiol. Ch. 216, 49, 1933. — 3) A. Girard i Sandulesco: C. R. Ac. Sc. 194, 909, 1932; 195, 981, 1932. — 4) Butenandt i Jacobi: Ztschr. f. physiol. Ch. 218, 104, 1933. — 5) B. Skarżyński: Bull. Ac. Pol. Ser. B. II. 347, 1933. — 6) Cook, Dodds i Hewett: Proc. Roy. Soc. B. 114, 272. — 7) Schwenk i Hildebrand: Naturwiss. 174, 1933. — 8) Doisy: Bull. St. Louis med. Soc. 1935, cytow. wg. Schoellera, Klin. Wschr. 1935. — 9) Butenandt i Westphal: Ztschr. f. physiol. Ch. 227, 84, 1934; Fels i Slotta: Klin. Wschr. 1207, 1934. Ber. dtsch. Ch. Ges. 1207, 1934; Allen i Wintersteiner: J. biol. Chem. 107, 321, 1934. — 10) A. Butenandt i Tschernigg: Ztschr. physiol. Ch. 229, 167, 1934. — 11) E. Laqueur i współprac.: Ztschr. physiol. Ch. 233, 281, 1935. — 12) Kaufmann: Klin. Wschr. 1557, 1933; Zbl. Gynäk. 42, 1933; D. med. Wschr. 861, 1935. — 13) Zondek: Nature, 209, 1934; Siebke: Arch. Gynäk. 156, 317, 1934. — 14) L. Ruzicka i współpr.: Helvet. Chem. Acta 17, 1389, 1934. — 15) Butenandt, Westphal i Cobler: Ber. Dtsch. Chem. Ges. 1611, 2085, 1934. — 16) Fernholz: Ber. Dtsch. Chem. Ges. 2027, 1934. — 17) Butenandt i Schmidt: Ber. Dtsch. Chem. Ges. 1893, 1934.

Dawniejsze piśmiennictwo dotyczące zagadnień chemicznych z zakresu hormonów płciowych zestawione przejrzyście w sprawozdaniach poglądowych: Butenandt: Naturwissensch. 49, 1933 i Wiener Kl. Wschr. Nr. 29 i 30, 1934. — Störmer i Westphal: Ergebn. Physiol. 35, 318, 1933. — Marrian: Physiolog. Rewiews, 185, 1933 i Girard: Bull. Soc. Chim. Biol. 562, 1933.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Jan DANIELEWICZ. Asyst. Oddziału. Lwów.

O kostniaku zatoki czołowej.

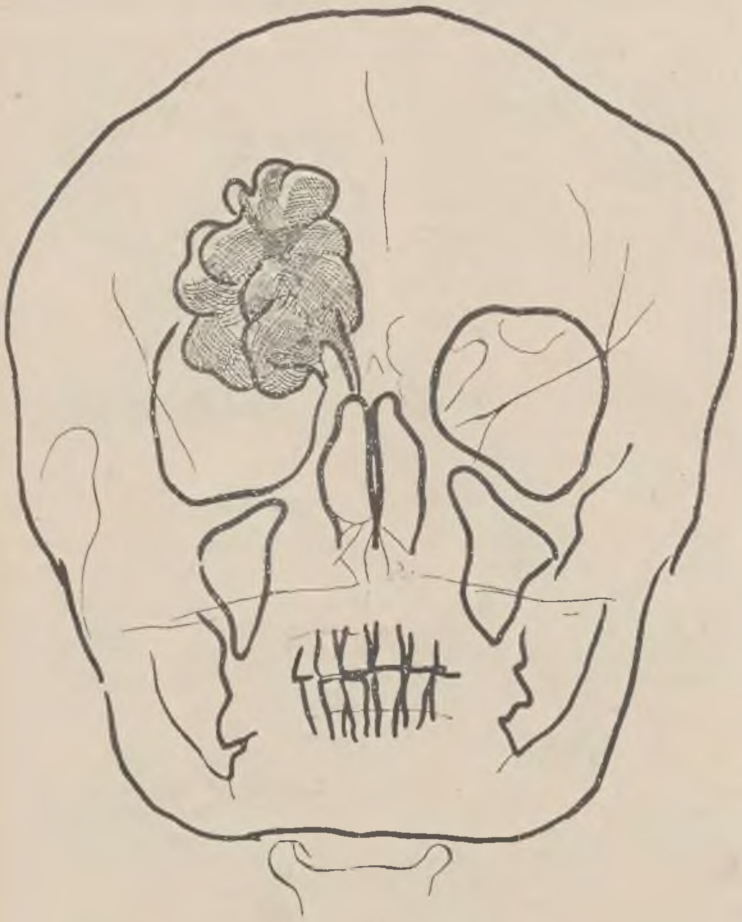
Z Oddziału Oto-Laryngolog. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie. Prymarjusz: Dr. Zygmunt Spalke.

W literaturze laryngologicznej pojawia się coraz więcej opisów kostniaków, wychodzących z bocznych jam nosa. Mam wrażenie, że dość dużo przypadków, operowanych przez chirurgów nie dochodzi do naszej wiadomości. Do tego czasu opisano operowanych i nieoperowanych 278 przypadków łącznie z ostatnim przypadkiem E. Knappa.

Co do powstania tego schorzenia — mamy dzisiaj dwa zapatrywania: starsze Arnolda, przypisujące powstanie kostniaka resztkom embrjonalnej chrząstki i nowsze, ogólniej przyjmowane, T. Bornhaupta, przypisujące powstanie kostniaka komórkom embrjonalnym, nie chrząstki, lecz okostnej. Jak zresztą we wszystkich nowotworach, tak i tu momentem wywołującym ma być uraz lub bardziej prawdopodobna zmiana funkcji gruczołów płciowych, zwłaszcza że okres pojawiania się objawów i wzrostu kostniaka przypada na okres pokwitania. Wogóle zarówno w innych dziedzinach, jak szczególnie w laryngologji zaznacza się wzmożenie ilości nowotworów w związku z okresami specjalnej czynności gruczołów płciowych w okresie pokwitania i przekwitania. Typowemi w okresie pokwitania są kostniaki i włókniaki jamy nosowo-gardłowej, a w okresie przekwitania — raki. Klinicznie kostniak nie należy do nowotworów złośliwych, ponieważ rośnie powoli, nie rozpada się i nie wytwarza przerzutów, natomiast jedynie daje objawy lokalne uciskowe na oczodół, na sąsiednie boczne jamy nosa, jamę nosową i oponę twardą, z którą się najczęściej zrasta. Nierzadko wywołuje komplikacje w postaci *mucocele*, ropienia zatoki lub nawet ropienia mózgu. Klinicznie bywa nieraz podobny do eksostozy luetycznej. Tu jednak reakcja Wassermanna rozstrzyga.

Ubiegłego roku zgłosiła się chora, lat 23, z następującemi wywiadami. Czuje się chorą od 2 lat. Jako pierwszy objaw wystąpiło zmniejszenie się szpary powiekowej lewej, postępujące zwolna. Po kilku miesiącach zauważyła chora wypuklenie ponad gałką oczną, które stale się powiększało. Od czasu do czasu występowały sensacje wzrokowe pod postacią pojawiania się i znikania czerwonych plam. Od jakiegoś czasu gorzej widzi. Bólów głowy ani żadnych zaburzeń ze strony nosa nie zauważyła. Stan obecny: jama nosowa i nosowo-gardłowa bez zmian. Szpara powiekowa lewa — mniejsza. Pomiędzy gałką oczną, a łukiem nadoczodołowym wypuklający się guz kościsto-twardy, nieruchomy, niebolesny. Skóra przesuwalna. Przednia ściana zatoki czołowej nieco więcej wypuklona po stronie lewej w porównaniu ze stroną prawą. Zdjęcie Roentgena wykazało: w miejscu jamy czołowej lewej i górnej części oczodołu widoczny gęsty chmurkowaty cień wielkości małego jabłka. Rozpoznanie: Kostniak, wychodzący z jamy czołowej (ryc.). Odbitkę konturową wykonano ściśle według zdjęcia Roentgena. Badanie okulistyczne: Ruchy gałki ocznej lewej upośledzone. Dno oczu prawidłowe. V. o. d. 5/5, V. o. s. + 1/2 D 5/10. Badanie neurologiczne: ujemne, jak również i Wassermann ujemny.

W narkozie eterowej przystąpiono do operacji. Rozpoczęto od cięcia kątowego w środku kości czołowej wzdłuż szwu czołowego i poprzecznego wzdłuż brwi. Przy dłótowaniu okazało się, że prawie cała zatoka jest wypełniona przez kostniak, jedynie mała przyśrodkowa część zatoki wolna, pokryta sinawo przekrwioną błoną śluzową. Po oddłótowaniu kostniaka dookoła, co szczególnie trudnem było w zakresie ściany oczodołowej od strony bocznej i przyśrodkowej, usunięto guz w zupełności



wraz z całą przednią ścianą zatoki czołowej, która stanowiła podstawę guza. Największą przeszkodę przedstawiało silne zrośnięcie kostniaka z oponą twardą, która, mimo bardzo ostrożnego oddzielania, została uszkodzoną w dwu miejscach. Guz był wielkości małego jabłka, konsystencji kości, o powierzchni zwróconej do opon — nierównej, nasianej licznemi wyrostkami brodawkowatemi, wagi 30 gramów. Pomiędzy wyrostkami był najsilniejszy zrost kostniaka z oponą. Drugą powierzchnię guza tworzyła ściana przednia zatoki i ściana oczodołowa. Ze względu na uszkodzenie opon, a stąd obawy zakażenia ze strony nosa chora otrzymała natychmiast po operacji 10 cm³ surowicy paciorkowcowej wieloważnej domięśniowo i 10 cm³ 40% urotropiny dożylnie. Stan pooperacyjny bez gorączki. Siódmego dnia po operacji dano opatrunek i usunięto szwy. Wygojenie. Dwa tygodnie po operacji chora opuściła oddział jako wyleczona. W miejscu ubytku kości — dość wyraźne tętniące zaciągnięcie skóry od wewnątrz. Zdjęcie Roentgena, wykonane po operacji, wykazało duży ubytek w kości czołowej, przyczem nie stwierdzono nigdzie tkanki kostniaka.

W powyższym przypadku chodziło o kostniaka, przyczem w wywiadach nie można było doszukać się urazu. Czas pokwitania miał niedawno miejsce. Mimo silnych zrostów z oponą twardą udało się guz usunąć bez szkody dla zdrowia chorej.

Piśmiennictwo:

1) Arnold: Virchows Arch. 57. — 2) Katz-Preysing-Blumenfeld Beenninghaus: Handb. d. spez. Chir. d. Ohres u. d. ob. Luftwege. — 3) Bornhaupt: Arch. f. klin. Chir., Bd. 26, 1881. — 4) Knapp: Monatschr. d. Ohrenheilkunde, H. 8. 1933. — 5) Eckert-Moebius Denker-Kahler: Handb. Hals. usw. Bd. 5, 1929. — 6) De Taranto: Thèse de Paris, 1901.

Dr. Al. STEINHARDT. Przemyśl.

Czy gruźlicze zapalenie opon mózgowych jest uleczalne?

(Uwagi dyskusyjne na tle jednego przypadku).

Z Oddz. Chor. Wewn. Szpitala Żydowskiego w Przemyślu.
Dyrektor: Dr. Al. Steinhardt.

Wywiady: Chory L. N., lat 21, przebył w młodości odrę oraz bliżej nieokreśloną chorobę dziecięcą — pozatem zawsze czuł się zdrów. Przed dziesięciu laty nagle wystąpił zez, który jednak trwał tylko przez 1 dzień. W 1928 r. zachorował na płuca — gorączka, kaszel i t. p., do czego dołączyło się zapalenie opłucnej. Po kilku tygodniach wyzdrowiał. W 1929 r. dwukrotnie w dłuższych odstępach pluł krwią. W latach 1929—1930 leczony w sanatorjum dla gruźliczych w Hołosku, m. in. także spowodu zimnego ropnia na lewem udzie. Od 1930—1932 r. czuł się dość dobrze i nawet pracował.

Dnia 17. VII. 1932 r., t. j. na 3 dni przed zgłoszeniem się na tutejszy Oddział, wygrzewał się na plaży słonecznej rzekomo przez 5 godzin. Po powrocie do domu uczuł silne bóle we wszystkich mięśniach oraz dotkliwe bóle w potylicy. W następnych dniach wymioty coraz bardziej nasilone, światłowstręt, silne bóle karku. W tym stanie zgłasza się do szpitala.

Stan obecny: Wzrostu średniego, krępy, o dobrej budowie kośćca i mięśniach rozwiniętych, normalnej podściółce tłuszczowej. Skóra blada, odbija żywo od rumieńców gorączkowych. Czaszka symetryczna, na opukiwanie bolesna, zakończenie n. V. na ucisk bolesne. Źrenice równe, okrągłe, reagują prawidłowo na światło i akomodację. Uszy, nos bez zmian. Język wilgotny, obłożony. Silna sztywność karku, bolesność przy próbie zginania. Klatka piersiowa: (m. in.). Wypuk z tyłu, po prawej, od szczytu do połowy łopatki znacznie stłumiony, po lewej mniej od szczytu do grzebienia łopatki. Dolna granica po prawej słabo ruchoma. Przysłuchem nad stłumieniem oddech szorstki, głośny, miejscami szmery oskrzelowe, pozatem pęcherzykowe. Z przodu, nad prawym dołkiem nadobojczykowym przytłumienie wypuku, oddechy zaostrzone. Narząd krążenia bez zmian, tętno 86/min.

Brzuch i narządy jamy brzusznej nie wykazują zmian.

Dolne kończyny: bolesność na ucisk kości goleniowych, blizna na lewem udzie po ropniu zimnym. Kernig silnie dodatni, Babiński ujemny. Temp. 38,6°.

Mocz: bez zmian, stolce normalne (także i w następnych dniach).

24. VII. Nakłucie lędźwiowe: Płyn mózgowo-rdzeniowy, pod silnem ciśnieniem, wodojasny, ilość ok. 2 probówki. Po nakłuciu nastąpiło znaczne polepszenie. — Leczenie symptomatyczne (piramidon, urotropina, cylotropina dożylnie, wodnik chloralu, Na Br wewn.).

26. VII. Druga punkcja: Ciśnienie wzmożone, płyn wodojasny, po 24 godz. wyraźny skrzep pajęczynowaty. Nonne-Apelt dodatni, białko około 6‰. Mikroskopowo 90% limfocytów.

Na podstawie wywiadów, stanu obecnego płuc, a w szczególności na podstawie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, a zwłaszcza tak charakterystycznej pajęczynki, wypełniającej prawie całą próbówkę, postawiliśmy rozpoznanie — *gruźlicze zapalenie opon mózgowych*. Wobec tego rozpoznania, noszącego wszelkie cechy pewności, zastosowaliśmy, jak zwykle w podobnych wypadkach, leczenie symptomatyczne: codziennie nakłucia lędźwiowe z upuszczeniem znacznych ilości płynu, po którychto zabiegach chory odczuwał znaczną ulgę tak, że sam o nakłucia się dopraszał. Ponieważ stan chorego — wbrew przewidywaniom — zaczynał się poprawiać, zaczęły się wyłaniać wątpliwości co do wyników badania w naszej pracowni, czy też nie zaszła w przypadku tym jakaś fatalna omyłka. Celem uniknięcia pomyłki i nabrania pewności przesłaliśmy świeżo pobrany płyn mózgowo-rdzeniowy naszego chorego do pracowni bakterjologicznej Dr. Stappa w Przemyślu (28. VII.). Wynik badania był identyczny z wynikiem otrzymanym w naszej pracowni, z tą chyba różnicą, że pajęczynka jeszcze wyraźniej się zaznaczyła. Tem samem nasze pierwotne rozpoznanie — *gruźlicze zapalenie opon* — zostało niestety potwierdzone i smutny koniec chorego nie ulegał żadnej wątpliwości. Nakłucia lędźwiowe wykonywaliśmy jednak systematycznie nadal, przyczem, jak już zaznaczyliśmy, chory odczuwał ogromną ulgę. Oprócz tego podawaliśmy cały szereg leków paljatywnych — z takim wynikiem, że chory nasz, skazany przez nas, lekarzy na przedwczesną śmierć, zupełnie wyzdrowiał, a wszystkie na początku zachorowania występujące objawy zupełnie ustąpiły. Już 4. VIII. badanie punktatu dawało następujący wynik: Pandy: ujemny, białko: około 0,25 ‰, pajęczynki brak zupełnie, a mikroskopowo nie znaleziono niczego patologicznego.

Już 1. VIII. ciepłota jest prawidłowa, chory sam bez boleści zgina kark, czuje się tylko bardzo osłabiony.

5. VIII. występuje nagle silny *zez zbieżny*, utrzymujący się przez szereg następnych miesięcy, który jednak znikł bez śladu.

Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

18. VIII. t. j. po 26 dniach pobytu w naszym szpitalu, chory zostaje wypisany jako uleczony.

Zanim przystąpimy do omówienia naszego przypadku, uważam za wskazane w krótkości przedstawić dalsze koleje losu naszego chorego, aby tem łatwiej móc — bez narażania się na pomyłkę — gdzieś go zaszeregować. Dalsze etapy jego choroby bez wątpienia przyczyniają się do sprecyzowania naszego stanowiska i do wyświetlenia bądźcobądź niejasnej sprawy. Otóż już w kilka miesięcy po wyjściu z naszego szpitala zachorował nasz chory na gardło: wystąpiły chrypka, silne bóle przy połykaniu i mówieniu. Kaszel i chrypka spowodowały, że przez prawie półtora roku, gdyż tak długo trwało leczenie u specjalisty, chory nie mógł mówić. Laryngolog (Dr. Gans w Przemyślu) stwierdził wówczas u chorego: Obrzęk, owrzodzenia nagłośni wielkości 5-ciogroszówki *(perichondritis epiglottica)*, obrzęk blady prawej struny głosowej fałszywej *(laryngitis tbc., ulcera proliferativa)*. Leczenie polegało na miejscowem pendzlowaniu i leczniczem naświetlaniu Rtg. przez półtora roku z przerwami.

Badanie z dnia 18. VI. 1935 daje następujący wynik: ubytek nagłośni w środku w kształcie trójkąta, wielkości mniej-więcej dwugroszówki. Pozostała część nagłośni blada, zabliźniona, bez owrzodzeń. Prawa struna głosowa fałszywa wykazuje blady, nieznaczny, równomierny obrzęk. Pacjent połyka dobrze, mówi, a nawet śpiewa. Powtórne więc i ostatnie zarazem badanie wykazuje, że w czasie obserwacji, trwającej rok, stan krtani nie ulega większym zmianom na niekorzyść tak, że należy raczej proces uważać za wygojony.

Równocześnie z chorobą krtani chory pozostawał stale w leczeniu spowodu sprawy płucnej. Dwa razy (1934 i 1935 r.) przebywał w sanatorjum w Worochcie. Kilkakrotne badania Rtg., wykonywane okresowo od chwili wyjścia ze szpitala w 1932 r. do chwili bieżącej, wykazują rozmaite etapy rozwoju gruźlicy płuc. I tak:

28. II. 1933. Przepona prawa o ograniczonej ruchomości, ze zrostami po stronie zewnętrznej. Oba pola płucne w górnych częściach plamkowato zacienione, z przewagą plamek po stronie prawej. Cienie o nasyceniu gęstem, intensywnem, między cieniami smugi i pasma włókniste. Wnęki i serce bez zmian.

21. IV. 1934. Częściowo j. w. a ponadto oba górne pola z licznemi cieniami pasmowatemi — większe nasilenie cieniów po stronie prawej oraz smugi i pasma włókniste downękowe i t. d.

27. IX. 1934. M. in.: Pole płucne prawe w części szczytowej i podobojczykowej z siecią cieniów pasmowatych, gęstych, wysyconych, miejscami gęstości wapnia i t. d.

Wreszcie ostatnie prześwietlenie z 17. VI. 1935:

Prawa okolica szczytowa równomiernie gęsto zacieniona, podobojczykowo grupa licznych drobnych plam, otoczona pierścieniem gęsto nasyconego zacienienia (powstająca kawerna?). Od tej grupy plamek ciągną smugi do prawej wnęki. Reszta bez zmian.

* * *

Zastanawiając się nad naszym przypadkiem, nad etjologją opisanego zapalenia opon mózgowych w zamiarze zaszeregowania go do któregoś z tak wielu rodzajów zapaleń opon mózgowych, musimy przedewszystkiem podkreślić, że mamy tu do czynienia z chorym na gruźlicę. Pacjent nasz choruje na gruźlicę płuc conajmniej od r. 1928, przyczem przechodzi rozmaite postacie tej choroby: nieżyt szczytów przy podwyższonej ciepłocie, krwioplucie, zapalenie opłucnej z wysiękiem, a dalej zimne ropnie, gruźlicę krtani i t. d. Przechodzi również rozmaite leczenia: fizykoterapja, leczenie klimatyczne, sanatoryjne. Był to więc organizm przez szereg lat atakowany przez czynną gruźlicę, który w danym wypadku zachorował wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazuje zupełną identyczność z obrazem płynu gruźliczego zapalenia opon. Siłą faktu i logicznego rozumowania musiało się przyjść do konkluzji, że zapalenie opon mózgowych u naszego chorego jest następstwem zaognienia się procesu gruźliczego. Ta konkluzja też była przyczyną, dla której zaniechaliśmy szukania prątków Kocha w pajęczynie punktatu lub zaszczepienia na zwierzęta doświadczalne, czy też wykonania posiewu, któreto metody, nawiasem mówiąc, rzadko prowadzą do celu. Twierdzenie T. H. Lewy'ego jest bezwzględnie miarodajnem: Obecność skrzepiku pajęczynowatego w płynie mózgowo-rdzeniowym upewnia każde rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowych *(Klinische Laboratoriumstechnik* Brugsch i Schittenhelm. IV. Band). Także i diagnostyka różniczkowa utwierdza nas w naszem rozpoznaniu, pozwalając na wykluczenie w danym przypadku *meningitis cerebrospinalis epidemica, purulenta.* (Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, ropny, z przewagą leukocytów). Dalej wszelkie meningizmy *(mening. typhosus, alcoholicus, solaris*, grypowy i t. d.), mają wprawdzie płyn czysty, ale ilość białka jest mała, obraca się między 0,15‰ do 0,25‰, nigdy jednak nie dochodzi do 6 ‰! Wszędzie przy wyżej wspomnianych postaciach przeważają w obrazie drobnowidowym leukocyty wielojądrzaste, jedynie przy gruźliczem zapaleniu opon — jednojądrzaste limfocyty. W naszym przypadku ilość tych ostatnich dochodzi do 90%. Cyfra ta wyklucza *a priori* wszelką dyskusję na temat, czy mamy do czynienia ze sprawą gruźliczą, czy też nie.

Reasumując nasze rozważania, dochodzimy do następującego wniosku: W opisanym przypadku mamy do czynienia z chorym, którego organizm jest zakażony gruźlicą, przechodzącą w ciągu lat najrozmaitsze fazy, a ostatniem jej powikłaniem jest zajęcie opon mózgowych, udowodnione obrazem chemicznym i mikroskopowym punktatu, identycznym z podobnemi punktatami przy zapaleniu gruźliczem opon mózgowych. Natomiast nie jest wykluczone, że w *danym przypadku mamy do czynienia z jakąś szczególnie łagodną formą prątka Kocha*, czego dowodem jest korzystny przebieg procesu chorobowego krtani. Uderzyło to lekarza ordynującego. Organizm posiadał może nadzwyczajną odporność.

Opisywane tu i ówdzie nieliczne wypadki wyleczenia zapalenia gruźliczego opon mózgowych i przez wielu autorów zupełnie zaprzeczane — zdają się dzięki naszemu przypadkowi potwierdzać możliwość korzystnego zakończenia tej sprawy.

Dr. H. OSUCHOWSKI. Warszawa.

Agomensina i Sistomensina w praktyce kasowej.

Agomensina i Sistomensina zostały wprowadzone do lekospisu Kasy Chorych m. Warszawy w pierwszych dniach stycznia 1926 roku. Zachęcony dobremi wynikami leczniczemi innych lekarzy, zacząłem możliwie ściśle kontrolować działanie tych leków. Wobec istnienia ogromnej literatury, opisującej szczegółowe własności biologiczne i farmakologiczne tych środków, nie będę powtarzał danych z piśmiennictwa. Zajmę się natomiast wynikami własnych spostrzeżeń. Oczywiście będę tu przytaczał tylko wypadki ściśle kontrolowane, t. j. takie, gdzie kuracja od początku do końca była prowadzona tylko wyżej wymienionemi środkami.

Co się tyczy *Agomensiny*, to ilość chorych, leczonych w ciągu 9 lat, wyniosła 783 przypadki. Opinje o skuteczności tego środka muszą być rozbieżne, gdyż, zwłaszcza w ostatnich czasach, zgłasza się dużo pacjentek, żądających zapisywania im Agomensiny jako *abortivum*. Oczywiście Agomensina, podawana w tym celu, jak i wiele innych środków, nie daje żadnego wyniku. Natomiast w wypadkach *hypo- i oligomenorrhoea* Agomensina jest środkiem niezastąpionym. Mianowicie przy podawaniu leku w odpowiednim czasie (w połowie okresu międzymiesiączkowego) rezultaty pomyślne otrzymałem w 91% przypadków (obserwowałem 423 chore). Niemniej dobre wyniki otrzymałem przy jednoczesnem istnieniu *oligo-* i *dysmenorrhei*, zwłaszcza podczas stanów zapalnych przydatków — 90% (95 chorych). Natomiast w *hypoplasia genitalium*, cierpieniu wogóle bardzo trudnem do leczenia, wybitną poprawę widziałem w znacznie mniejszym odsetku (56% u 118 chorych). Przypuszczać należy, że w tych przypadkach możemy liczyć na pewne wyniki lecznicze dopiero po dłuższem podawaniu środka, np. po 2—3 miesiącach (Margiel). Jeszcze raz podkreślam, że dobrych skutków kuracji można oczekiwać wyłącznie przy podawaniu leku w okresie międzymiesiączkowym, zachowując następujący przepis: brać pastylki 3 razy dziennie po 1 sztuce na ½ godz. przed jedzeniem. Na ten ostatni przepis należy zawsze zwracać uwagę chorych, gdyż przy podawaniu leku po jedzeniu skuteczność jego zmniejsza się znacznie.

Na frakcję wodną jajnika patrzono spoczątku z nieufnością, wychodząc z założenia, że tylko hormon rozpuszczalny w lipoidach jest biologicznie czynny. Jednakże późniejsze badania szeregu autorów z Laqueur'em na czele dowiodły, że w jajniku znajdują się substancje biologiczne czynne — rozpuszczalne w wodzie, a Faust wykazał, że 4—10 mg Agomensiny po 6—8 dniach wywołuje u młodej króliczki silny wzrost macicy, połączony ze znacznem przekrwieniem narządów rodnych. Nic też dziwnego, że w opisanych wyżej cierpieniach, Agomensina wykazuje całkowite działanie biologiczne, a z zawodem spotykamy się

zaledwie w niewielkiej ilości przypadków, odpowiednio dobranych pod względem wskazań leczniczych.

Co się tyczy *Sistomensiny*, to stosowałem ją u znacznie większej ilości chorych (ogólna ilość przypadków 5.128). Naturalnie cyfra ta nie odpowiada ściśle ilości chorych, bo wielokrotnie zdarzało się, że jedna i ta sama chora przechodziła kilkakrotnie kurację Sistomensiną w ciągu 9 lat. Bezwzględnie środek ten jest niezastąpiony przy krwotokach, wywołanych stanami zapalnemi przydatków. W powyższem cierpieniu Sistomensinę otrzymało 3.147 chorych i w 95% przypadków stwierdziłem stanowczą poprawę. Bardzo rzadko zdarzały się przypadki tak gwałtownych krwotoków, że zachodziła potrzeba rentgenizacji przydatków lub *abrasio uteri* (18 chorych w ciągu 9 lat).

W zbyt obfitych krwawieniach miesięcznych (*menorrhagiae*) na tle przerostu błony śluzowej macicy Sistomensina była skuteczna w 62% przypadków (ilość chorych 317). Bardzo ładne wyniki miałem, stosując Sistomensinę przy *abortus imminens* spowodu niedorozwoju macicy — *hypoplasia uteri* (100% u 11 chorych).

Niejednokrotnie trudne są do opanowania krwotoki klimakteryczne; i w tych wypadkach tylko wyjątkowo musiałem kierować chore do zabiegu operacyjnego lub na rentgenizację (11 chorych w ciągu 9 lat). Sistomensina natomiast dawała trwałą poprawę w 89% przypadków (173 chore). W *hyper- et polymenorrhoea* w okresie pokwitania Sistomensina była również niezwykle skuteczna. Niejednokrotnie 2—3 pudełka tabletek dawały efekt wystarczający; rzadko tylko uciekałem się do wstrzykiwań domięśniowych (u 53 chorych 90% wyleczeń).

Szereg biologów podnosi, że hormon ciałka żółtego, podany doustnie, niszczą zaczyny trawienne przewodu pokarmowego. Dzięki jednak naturalnemu wyciągowi z ciałka żółtego, które, obok hormonu ciałka żółtego, wydziela również folikulinę (R i v o i r e), ta ostatnia prawdopodobnie jako związek alkoholowo-ketonowy utrwala i wywiera wpływ protekcyjny na hormon ciałka żółtego, dzięki czemu nie ulega on unieczynnieniu, jak to ma miejsce z luteiną.

Doświadczenia z Sistomensiną, podawaną *per os* usprawiedliwiają w dużym stopniu ten pogląd.

Reasumując powyższe dane, musimy dojść do przekonania, że Agomensina, a jeszcze w większym stopniu Sistomensina są środkami, bez których ginekolog obejść się nie może.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław HORNUNG. Rzym.

Instytut przeciwgruźliczy „Carlo Forlanini" w swej obecnej siedzibie.

W dniu 1 grudnia 1934 odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie największego w świecie instytutu przeciwgruźliczego na wzgórzu Monte Verde w Rzymie. Wiele szczegółów o pracy instytutu, który mieścił się przedtem prowizorycznie w sanatorjum Porta Furba i o będącym wówczas w budowie nowym kompleksie gmachów na Monte Verde podał S k i b i ń s k i w szeregu artykułów, zamieszczonych w Pol. Gaz. Lek. z r. 1934. W r. 1935 Instytut, który dotychczas nosił imię Mussoliniego, na jego osobiste polecenie otrzymał nową nazwę *„Instituto Carlo Forlanini"* („I. C. F.").

Mając możność obserwowania pracy I. C. F. w jego nowej siedzibie, pragnę podać dalsze szczegóły o nim, uważając, że mogą one zainteresować polski świat lekarski — i że podtrzymanie w ten sposób zainteresowania akcją przeciwgruźliczą, prowadzoną z nadzwyczajnym rozmachem przez Włochy, czego wyrazem jest właśnie I. C. F., może być dla rozwoju tego ruchu w Polsce pożyteczne.

Powstanie Instytutu było niejako koniecznością wobec wprowadzenia przez rząd faszystowski hasła ochrony zdrowia rasy i urobienia silnego fizycznie i psychicznie społeczeństwa, oraz wobec postawienia walki z gruźlicą na naczelnem miejscu w polityce zdrowotnej kraju, czemu niejednokrotnie dał wyraz szef rządu Mussolini w swoich mocnych przemówieniach.

Pierwszym etapem w realizacji *„Carta del lavoro"* przewidującej ubezpieczenie na wypadek zachorowania, było wprowadzenie w życie ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu przeciw gruźlicy. Zdawano sobie sprawę z tego, że przedewszystkiem należy przystąpić do racjonalnego zwalczania choroby zakaźnej, wyrządzającej społeczeństwu szkody, jak żadna inna i wymagającej wielkiego wysiłku dla zmniejszenia tych szkód. W chwili wprowadzenia w życie ustawy t. j. w r. 1928 nie posiadał Zakład Przezorności Społecznej (I. N. F. P. S. *Instituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale)* dostatecznej liczby łóżek sanatoryjnych i szpitalnych dla leczenia ubezpieczonych. Opracowano wówczas plan stworzenia potrzebnej ilości łóżek w przeciągu kilku lat. W r. 1936 I. N. F. P. S. będzie rozporządzał 20.600 miejscami w zakładach leczniczych dla gruźliczych. Koszt łączny wyniesie ponad 500,000.000 lirów. Koszt jednego łóżka obliczono na około 25.000 lirów. W obecnej chwili znaczna część programu została już wykonana. Jako zasadę przy budowie tych zakładów przyjęto rozmieszczenie ich o ile możności równomiernie w kraju, by chorzy mogli być leczeni jaknajwcześniej i w niewielkiej odległości od swego środowiska domowego.

Impuls do stworzenia w Rzymie instytutu, któryby miał na celu pracę naukową, oraz mógł przygotować kadry lekarzy zdolnych do przeprowadzenia wielkiej akcji przeciwgruźliczej, dała Konfederacja Przemysłu Włoskiego *(Confederazione Nazionale Fascista dell'Industria Italiana)*, deklarując w r. 1928 znaczną kwotę na ten cel i uzyskując równocześnie zgodę Mussoliniego na nazwanie instytutu jego imieniem. Dzięki porozumieniu z Uniwersytetem w Rzymie złączono wysiłki mające na celu kreowanie katedry ftizjologji, a wreszcie I. N. F. P. S., jako wykonawca ustawy o ubezpieczeniu przeciw gruźlicy, okazał zupełne zrozumienie dla ważności ośrodka naukowego i wartości, jaką będzie przedstawiał instytut, zorganizowany jako ośrodek badawczy i kształcący przyszłych dyrektorów i lekarzy sanatorjów przeciwgruźliczych, stanowiących własność tego właśnie Instytutu Przezorności Społecznej. Wspólnym więc wysiłkiem głównie tych trzech czynników przystąpiono w r. 1931 do budowy zakładu przeznaczonego dla 1400 chorych na stokach Monte Verde Nuovo, w pięknej okolicy Rzymu. Instytut pojęty, jako wzorowy zakład, który nietylko ma służyć praktycznym celom leczniczym, ale także ma spełniać zadanie centralnego ośrodka naukowego w zakresie ftizjologji, wymagał oczywiście większych kosztów, jak inne sanatorja-szpitale, organizowane przez I. N. F. P. S. Osiągnięcie potrzebnej kwoty ponad 60 miljonów lirów oraz stosunkowo szybkie wykończenie dzieła było możliwe dzięki poparciu wielu czynników, a przedewszystkiem przemysłowców włoskich, łączących się w wysiłku, by dzieło stworzone pod hasłem Mussoliniego było godne jego imienia. Gdy cel jednak osiągnięto, stała się rzecz przez wielu niespodziewana. Oto Mussolini kazał zmienić nazwę Instytutu na *Instituto Carlo Forlanini*, cząc w ten sposób pamięć jednego z największych ftizjologów, wynalazcę odmy piersiowej. Nie można sobie wyobrazić lepszego uczczenia wielkiego uczonego, jak w ten właśnie sposób, tem bardziej, że dyrektor Zakładu Prof. M o r e l l i, uczeń F o r l a n i n i e g o, rozwija i niejako kontynuuje pracę naukową opartą na zasadach opracowanych przez swego mistrza.

Cały Instytut tworzy kompleks połączonych ze sobą gmachów. Idąc od Piazza C. Forlanini wchodzi się najpierw do części klinicznej, naukowej Instytutu. Mieści się tu w parterze muzeum, zawierające zajmujące preparaty anatomiczne, uzyskane według metody wypracowanej w Instytucie przez Prof. Omodei-Zorini, a pozatem liczne modele sanatorjów i szpitali Zakładu Przezorności Społecznej. W obecnej chwili jest to dopiero zaczątek wielkiego włoskiego muzeum gruźlicy. Po drugiej stronie przedsionka, ozdobionego płaskorzeźbami znajdują się salony reprezentacyjne, sala posiedzeń, kancelarja dyrektora i wicedyrektora Instytutu oraz ich podręczne pracownie naukowe. W tym samym skrzydle mieści się biblioteka zakładu. Niejako w samym środku całego Instytutu wybudowano salę wykładową, mogącą pomieścić 300 słuchaczy, połączoną z licznemi ubikacjami pobocznemi. Po obu stronach sali wykładowej mieszczą się w 2 poziomach centralne laboratorja łączące część kliniczną z pawilonami sanatoryjnemi. Z bardzo wielkim nakładem funduszów urządzono przedewszystkiem laboratorjum anatomji patologicznej, połączone z obszerną salą sekcyjną, z amfiteatrem dla lekarzy oraz chłodniami do przechowywania zwłok. Pozatem znajduje się tu odrębna sala operacyjna dla zwierząt. Trzy inne laboratorja, a to chemiczne, bakterjologiczne i serologiczne posiadają każde kompletne wyposażenie pozwalające na pracę naukową nietylko stałym pracownikom Instytutu, ale i lekarzom odbywającym kursy dokształcające.

Mezanin bloku klinicznego jest przeznaczony na pomieszczenie działu statystyki i higjeny społecznej oraz narodowego muzeum przeciwgruźliczego.

Na pierwszem piętrze mieści się oddział kliniczny wewnętrzny, obejmujący 75 łóżek, a na drugiem oddział chirurgiczny, posiadający taką samą liczbę łóżek. W środku I. piętra umieszczono pracownie fizjo-patologji, a na II. piętrze sale operacyjne, oddzielające część męską od żeńskiej. W całym zakładzie przeprowadzono ściśle oddzielenie chorych według płci. Dział fizjopatologji narządu oddechowego wyposażono w wielką ilość apa-

ratów umożliwiających wszechstronne badania (aparaty do analizy gazów oddechowych, przemiany podstawowej materji, elektrokardjograf, pneumografy i inne). Wobec szerokiego stosowania leczenia chirurgicznego w gruźlicy, poświęcono wiele uwagi części operacyjnej. Prócz nowoczesnej instalacji sterylizacyjnej i szeregu ubikacyj przygotowawczych mamy dwie sale operacyjne, jedna dla operacyj czystych, druga do septycznych. Ściany sal wyłożone są płytkami kamiennemi utrzymanemi w kolorze ciemno-zielonym. W tym samym kolorze są lakierowane stoły i wszelkie inne przedmioty. Urządzenia techniczne i narzędzia do chirurgji klatki piersiowej są najnowocześniejsze. Część kliniczna Instytutu składa się więc z 4 oddziałów: wewnętrznego i chirurgicznego dla mężczyzn i takich samych dla kobiet, przyczem każdy oddział 38-łóżkowy stanowi dla siebie niejako odrębną całość. Każdy z tych oddziałów posiada podręczną pracownię chemiczno-bakterjologiczną, pokój badań, pokój przygotowawczy dla pielęgniarki i apteczkę, pokój asystenta z łazienką, oraz kompletną instalację rentgenologiczną.

Zaznaczyć należy, że w całym Instytucie zainstalowano około 30 kompletnych aparatów rentgenowskich, z których większość znajduje się w poszczególnych oddziałach. W centralnej pracowni rentgenowskiej, mieszczącej się w głównym bloku budynków na I. kondygnacji pod parterem, znajdują się 4 aparaty do diagnostyki oraz jeden do terapji głębokiej (220.000 volt).

Sale chorych klinicznych są 4-łóżkowe. Każdy chory posiada swoją szafę na podręczne rzeczy, umieszczoną w murze, oraz szafkę przy łóżku. Umywalnie znajdują się w pokoju, przyczem na 2 chorych przypada jedna umywalnia; są one oddzielone od reszty pokoju zasłoną lakierowaną o wysokości 140 cm. Woda bieżąca do mycia o stałej ciepłocie 35^0 spływa za pociśnięciem pedału. Umyślnie muszle nie posiadają żadnych zatyczek tak, że chory jest zmuszony myć się w wodzie spływającej. W łazienkach dla chorych wanien stosunkowo jest niewiele; liczne natomiast są tusze. Wszystkie sale chorych jednego oddziału połączone są ze sobą przejściami dla lekarzy i pielęgniarek. Pokoje dla ciężko chorych, separatki, mogą pomieścić 1/4 wszystkich kuracjuszy oddziału. Przed salami znajdują się obszerne leżalnie południowe. Przed zbyt silnem nasłonecznieniem chronią drewniane żaluzje, poruszane elektrycznie. Pozatem od strony północno-wschodniej są sale dzienne, rozrywkowe, jadalnie, oraz również leżalnie. Terasy znajdujące się na dachach Instytutu mogą służyć jako miejsca przechadzek dla chorych nawet w ciepłych porach roku, dzięki istniejącym specjalnym daszkom. Na niektórych zasiano trawniki i zasadzono nawet drzewka dekoracyjne.

W bocznych skrzydłach tego bloku klinicznego znajdują się osobne oddziały: pedjatryczny, ortopedyczny, położniczy i otolaryngologiczny, każdy o 35 łóżkach, posiadający własne pracownie i sale do zabiegów i operacyj.

W tych samych skrzydłach przeznaczono osobne pomieszczenie dla lekarzy chorych na gruźlicę. Zakład Przezorności Społecznej chcąc okazać wdzięczność lekarzom za ich ofiarną pracę, mając przytem na uwadze niebezpieczeństwo ich pracy zawodowej oraz fakt, że wielu lekarzy zwłaszcza młodych choruje na gruźlicę, oddało do dyspozycji Syndykatu Lekarzy Włoskich 40 bezpłatnych miejsc. Prawo korzystania z tej pomocy mają wszyscy lekarze włoscy, a nietylko zajęci w sanatorjach Zakładu Przezorności. W jednym z tych bocznych skrzydeł mieszczą się obecnie prowizoryczne mieszkania lekarzy zajętych w Instytucie oraz lekarzy zagranicznych.

W przejściu między częścią kliniczną a sanatoryjną wznoszą się 2 kaplice, osobno dla kobiet i mężczyzn. Następnie przechodzi się do wielkich jadalni, mogących pomieścić każda po 500 osób, oraz do sali teatralnej na 800 osób, zaopatrzonej we wszelkie nowoczesne urządzenia sceniczne i aparaturę kinematograficzną. Wreszcie przewidziano dla lżej chorych pracownie, gdzieby ci chorzy mogli wyuczyć się zawodu lub wykonywać zajęcia dla nich najodpowiedniejsze.

Idąc dalej ku dołowi, gdyż teren łagodnie spada ku Tybrowi, przechodzimy do części sanatoryjnej Zakładu. Oddziały chorych są tu nieco większe niż w klinice. Sale chorych są 6-łóżkowe. Pozatem jednak urządzenie wewnętrzne i wyposażenie w różne pracownie nie różni się niczem od kliniki. Oddziały te są rozmieszczone w 4 pawilonach — 3 lub 4-piętrowych, pokrytych płaskiemi dachami, służącemi za terasy.

Poza tym głównym kompleksem budynków znajdują się jeszcze, połączone przejściami podziemnemi, willa dyrektora Instytutu, pawilon administracyjny mieszczący również mieszkania wicedyrektora i zarządcy administracyjnego, oraz pawilon, w którego parterze umieszczono przychodnię przeciwgruźliczą, wyposażoną we wszelkie urządzenia diagnostyczne, a na I. piętrze oddział dla chorych niegruźliczych.

Nowy Instytut obejmuje obszar 28 hektarów. Powierzchnia zajęta pod budynki wynosi 28.200 m^2; resztę stanowią przeważnie parki i ogrody dla użytku chorych. Kubatura budynków wynosi 500.000 m^3. Przy wznoszeniu tych gmachów pracowało od 800—1400 robotników dziennie; ogólna liczba dni roboczych wynosiła około 800.000, a sam koszt wynagrodzenia tych robotników wyniósł ponad 18 miljonów lirów.

W środku kompleksu budynków znajduje się centralna kuchnia, posiadająca kotły ogrzewane parą, o pojemności 2.200 litrów prócz paleniska i urządzeń do przyrządzania specjalnych potraw. Wrażenie, jakie odnosi zwiedzający kuchnię, jest imponujące. Jest to olbrzymia hala wyłożona niebieskiemi kafelkami, o świetle padającem z góry, zaopatrzona w urządzenia usuwające parę i regulujące ciepłotę. Na dachu tej hali jest kwietnik. Kuchnia jest połączona szeregiem kurytarzy podziemnych z oddziałami chorych. Rozwożenie posiłków odbywa się zapomocą 16 elektrycznych wózków; za pociśnięciem odpowiedniego guzika wózek, mogący wziąć ładunek 100 kg przebiega 1$^1/_2$ km drogi z kuchni do pokoi przygotowawczych przed jadalniami. Centrala cieplna, elektryczna i wodociągowa znajduje się w podziemiach części reprezentacyjnej Instytutu.

Energję cieplną uzyskuje się w piecach ogrzewanych zapomocą nafty; produkcja ciepła w 1 godzinie wynosi ponad 6 milj. kaloryj. Cały Instytut zaopatrzony jest w wodę ciepłą o stałej ciepłocie 35^0 w umywalniach pokojowych oraz o ciepłocie 80^0 do celów gospodarczych i porządkowych. Ogrzewanie lokali odbywa się zapomocą przewodów, przez które krąży woda o ciepłocie 40$_0$, umieszczonych w suficie. Iradacja ciepła w ten sposób jest bardzo równomierna i nawet przy otwartych szeroko oknach osoby przebywające w pokoju odczuwają miłą ciepłotę. Nie wiem jednak, czy w krajach, gdzie w zimie ciepłota opada znacznie poniżej 0^0 system ten wytrzymałby próbę życia.

Zaopatrzenie w wodę odbywa się z miejskiego wodociągu oraz z własnych studni. Ogółem dysponuje Zakład 1 miljonem litrów wody na dobę. Zbiorniki rezerwowe mogą pomieścić 340.000 litrów. Centralna lodownia obejmuje obszerne magazyny o ciepłocie stałej — 3^0; ponadto może wytworzyć dziennie 800 kg lodu i 140 kg lodów jadalnych.

Komunikację między piętrami, które w niektórych częściach osiągają 7 kondygnacyj, ułatwiają liczne wyciągi. Ogółem Zakład posiada 14 wyciągów osobowych o udźwigu 300 kg, mogących pomieścić łóżko z chorym. Pod tą częścią wyciągu znajduje się specjalne pomieszczenie, znacznie niższe, przeznaczone do przewozu zwłok. Ponadto zainstalowano 3 wyciągi do przewozu zwierząt doświadczalnych, 8 do przewozu bielizny, 9 do przewozu jadła dla obłożnie chorych i 4 wyciągi służbowe o nośności 1000 kg.

Centrala elektryczna posiada dwie odrębne kabiny transformacyjne wyłącznie do użytku Zakładu oraz baterję akumulatorów rezerwowych, które umożliwiają oświetlenie sal operacyjnych na wypadek niespodziewanej przerwy prądu. Sieć telefoniczna wewnętrzna obejmuje ponad 300 aparatów. W salach chorych zaprowadzono nowoczesną sygnalizację świetlną oraz instalację radjową, umożliwiającą każdemu choremu odbieranie audycyj na słuchawkę. Podobne urządzenia znajdują się również na leżalniach. Wreszcie rozmieszczono w korytarzach 60 zegarów elektrycznych.

Ważny problem dezynfekcji i prania bielizny rozwiązano według najnowszych wzorów. Pralnia mechaniczna, do której bielizna dostaje się po przejściu przez dezynfektory, czyto autoklawy parowe, czy komory formalinowe, czy też baseny z płynami odkażającemi, jest połączona z suszarką. Dziennie może być wypranych i wysuszonych 3000 kg bielizny.

We wszystkich ubikacjach przeznaczonych dla większej liczby osób, jak sala wykładowa, refektorja, sala teatralna i t. p. istnieją urządzenia przeznaczone do aspiracji zużytego powietrza i wtłaczania odpowiednio wilgotnego i ogrzanego świeżego powietrza, a ponadto do oziębiania w lecie.

Naczynie ze sal jadalnych przechodzi do aparatów dezynfekcyjnych, mogących obmyć i wysterylizować 25.000 sztuk w godzinie. Odkażanie spluwaczek odbywa się w 25 aparatach rozmieszczonych po wszystkich oddziałach Instytutu. Ponadto w 8 piecach odbywa się automatyczne spalanie resztek i materjałów zakażonych.

Podłogi są przeważnie z kamiennych płytek barwnych; w niektórych ubikacjach pokryte są linoleum lub gumą. Niektóre sale i klatki schodowe mają podłogi z płyt marmurowych. Ściany w części reprezentacyjnej wyłożone są kolorowym marmurem, a pozostałej części pokryte farbą olejną do wysokości 180 cm. Kolory są jasne. Na stronę estetyczną zwrócono baczną uwagę. Ściany w ubikacjach przeznaczonych dla większej liczby chorych pokryli artyści malarze pięknemi i oryginalnemi malowidła-

mi, wyobrażającemi rozmaite chwile dziejowe Włoch, oraz apoteozujące pracę.

W najbliższym czasie ma Zakład Przezorności Społecznej przystąpić do budowy osobnego pawilonu dla 100 chorych niegruźliczych, oraz domu mieszkalnego dla 40 lekarzy zakładu i 150 pielęgniarek. Ma być również utworzona w przyszłości przy Zakładzie szkoła pielęgniarstwa. Wreszcie dzięki ofiarności prywatnej powstać ma osobny oddział, przeznaczony dla dzieci urodzonych z matek gruźliczych, przedewszystkiem na oddziele położniczym Instytutu.

W ustaleniu planów budowy i opracowaniu szczegółów sanitarnych Instytutu głos decydujący miał lekarz, a mianowicie Prof. M o r e l l i, jego Dyrektor, co bez wątpienia może służyć za wzór do naśladowania w innych państwach.

W ten sposób przedstawia się całość największego Instytutu przeciwgruźliczego w świecie, który służyć będzie w równej mierze celom naukowym i dydaktycznym, jak i leczniczym. Można być pewnym, że rola, jaką odegra w zwalczaniu gruźlicy, będzie olbrzymia, a to tem bardziej, że opiera się na trwałych i pewnych podstawach dzięki z jednej strony zapewnieniu ze strony Związku Przemysłowców Włoskich znacznych zasiłków na prowadzenie pracy naukowej, oraz z drugiej strony dzięki ustawie o obowiązkowem ubezpieczeniu przeciw gruźlicy i nadzwyczajnemu zrozumieniu ze strony najwyższych czynników we Włoszech dla faktycznych potrzeb zdrowotnych kraju.

Licząc się z tem, że w niedalekiej przyszłości będzie można objąć ubezpieczeniem obowiązkowem przeciw gruźlicy szersze warstwy ludności, przedewszystkiem ludność rolniczą, drobnych handlarzy, nauczycieli, urzędników i zawodowych wojskowych, władze Zakładu Przezorności Społecznej zatwierdziły jedynie takie plany szpitali-sanatorjów, które dopuszczają rozbudowę wzwyż tak, że w razie potrzeby objętość sanatorjów będzie mogła być zwiększona stosunkowo małym kosztem.

Regulamin wewnętrzny obowiązujący chorych oddziału klinicznego, który jako pierwszy zapełniono chorymi, jest dość ostry. Złośliwe przekroczenia zdarzają się jednak tylko wyjątkowo. Chorzy, których stan na to pozwala, mogą otrzymać przepustkę dla odwiedzenia swej rodziny lub znajomych w Rzymie. Jest to zrozumiałe, gdy się zważy, że chorzy przebywają w Instytucie przez wiele miesięcy, nawet dłużej jak rok. Wobec nieistnienia innych ograniczeń długości leczenia zakładowego, jak tylko wynikających ze wskazań lekarskich, ostateczne wyniki lecznicze mogą być znacznie lepsze jak w tych organizacjach, gdzie ze względów finansowych zgóry ograniczony jest czas trwania leczenia.

U wszystkich chorych klinicznych wykonuje się systematycznie i w stałych odstępach czasu szereg badań laboratoryjnych, a więc oznaczanie szybkości opadania ciałek czerwonych, obraz cytologiczny krwi, odczyny Witebskiego, odczyny skórne tuberkulinowe typu ludzkiego i zwierzęcego, odczyn Wassermanna i Meinickego, oznaczanie CO_2 w powietrzu pęcherzykowem i pojemność życiową płuc. Badanie bakterjologiczne prócz zwykłego sposobu barwienia wydzielin metodą Ziehl-Nelsena obejmuje hodowlę na pożywce Petragnani'ego, albo doświadczenia na zwierzęciu. Dobre doświadczenia posiada Instytut z hodowlą na pożywkach Petragnani'ego. W 65% hodowla na pożywce Petragnani'ego z plwocin, w których zwykłem badaniem mikroskopijnem nie stwierdzono obecności prątków Kocha, była dodatnią (Daddi); 30% płynów wysiękowych uzyskanych przy gruźliczem zapaleniu opłucnej dało również wyniki dodatnie w hodowli.

Badania w kierunku bacylemji gruźliczej przeprowadzane w Instytucie według metody podanej przez Löwensteina, zgodnie z większością innych bakterjologów, nie potwierdziły wyników uzyskanych przez tego badacza. Wielką wagę przykłada się do oznaczeń pneumograficznych oraz kinetyki klatki piersiowej. Badanie rentgenologiczne jest bardzo ułatwione, dzięki rozmieszczeniu aparatów na każdym oddziele zosobna. Tu wykonuje się zasadniczo tylko prześwietlenia, podczas gdy zdjęcia w centralnej pracowni rentgenologicznej. Każdy chory posiada długą serję zdjęć płuc wykonanych według pewnego wzoru, pozwalających na należytą ocenę przypadku. W ostatnich miesiącach wykonuje się wiele zdjęć kimograficznych. W leczeniu gruźlicy płuc znajduje się oczywiście na pierwszym planie odma piersiowa. Zakłada się ją zapomocą aparatu Morelli'ego, pozwalającego na aspirację przez jamę opłucnową powietrza zawartego w baloniku, bez ciśnienia dodatniego. Dopełnienia, zawsze tym samym aparatem, wykonuje się często, początkowo co 2—3 dni, później co tydzień. Dość często używa się dodatnich ciśnień. Wysięki poodmowe występują według przybliżonych obliczeń Prof. Zorini'ego mniejwięcej w 1/3 części przypadków. Główną zasadą w leczeniu jest rychłe punktowanie i uzupełnianie wypuszczonego płynu powietrzem lub, jeśli płyn przybiera charakter ropiasty, przemywanie jamy opłucnowej. W ten sposób pragnie Prof. M o r e l l i uniknąć wytworzenia się zrostów opłucnowych, które według zasad szkoły włoskiej nigdy nie są pożądane, ze względu na możność przewodzenia urazu oddechowego przy ruchach klatki piersiowej na części chore płuca. Do tego celu służy prosta aparatura zestawiona przez Prof. Morelli'ego. W obecnej chwili zajmuje się oddział kliniczny specjalnie leczeniem wysięków ropnych, a prymarjusz tego oddziału Prof. Monaldi przygotowuje referat główny na ten temat na najbliższy Zjazd Przeciwgruźliczy włoski.

Przy *„lavage pleural"* używa się fizjologicznego roztworu soli, albo chlorosolu. Otoku olejowego *(oleothorax)* nie stosuje się obecnie. Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc jest stosowane szeroko; wyrwanie lub zgniecenie nerwu przeponowego, przejściowe porażenie nerwu *(„frenicotrassi")*, apikoliza zwykła bez plombażu, skalenotomja, torakoplastyka oraz kombinowanie tych metod ze sobą i z odmą piersiową należy do arsenału leczniczego Instytutu. Godne uwagi badania Prof. Monaldi'ego nad fizjopatologją pozwoliły na sprecyzowanie wskazań dla poszczególnych metod.

Wiele przypadków leczy się metodą wypracowaną w Instytucie przez Monaldiego, a wykonywaną przez Prof. Ascoli'ego, a mianowicie torakoplastykę przednio-boczną. Zasadą tej metody jest odprężenie i uwolnienie od urazu statycznego chorej części płuca oraz znaczne ograniczenie urazu oddechowego, a nie zapadnięcie się albo uciśnięcie płuca chorego, co jest celem torakoplastyki przykręgowej. Może w obecnej chwili wskazania do tego zabiegu są w Instytucie C. Forlaniniego nieco zbyt szeroko stawiane, nie ulega jednak wątpliwości, że stanowi on cenne wzbogacenie dla lecznictwa.

Wszelkie zabiegi chirurgiczne, jak i przepalanie zrostów opłucnowych według Jacobeusa wykonują chirurdzy Instytutu pod kierownictwem Dyrektora Kliniki Chirurgicznej w Rzymie Prof. Allexandriego i właściwego prymarjusza oddziału Prof. Ascoli'ego.

Z innych metod leczenia gruźlicy płuc używa się chryzoterapji bardzo rzadko. Jako pomocnicze leczenie stosuje się dość szeroko sole wapnia, preparaty lecytynowe i arsenowe we wielkich stosunkowo ilościach drogą dożylną. Przy gruźlicy jelit oraz przy zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego występujących po zabiegach operacyjnych na klatce piersiowej, zwłaszcza po stronie lewej, stosuje się z korzyścią *pneumoperitoneum*. Istnieją również obserwacje dodatniego wpływu *pneumoperitoneum* na dychawicę oskrzelową.

W roku 1935 prowadził Instytut pracę dydaktyczną w trzech zasadniczych kierunkach, a to: 1) na kursie dla studentów medycyny, 2) na rocznym kursie dokształcającym *(Carso di perfezionamento)* dla lekarzy oraz 3) na 2-letnim kursie specjalizacji. Ponad dwustu lekarzy włoskich było wpisanych na powyższe kursy. Pozatem wielu lekarzy pracujących stale w sanatorjach włoskich i na innych stanowiskach, pracowało przez krótszy okres czasu w Instytucie, pogłębiając swe wiadomości. Niektóre sanatorja włoskie, nawet prywatne, wprowadziły dla swych asystentów obowiązek *stage'u* 2-tygodniowego w każdym miesiącu w Instytucie; w ten sposób lekarz asystent przebywając naprzemian w Instytucie i sanatorjum utrzymuje ścisłą łączność między temi placówkami, co przedstawia dla każdego sanatorjum wielką wartość, pozwalając utrzymać pracę w niem na odpowiednim poziomie naukowym.

Lekarze wpisani na kursy uczęszczali na wykłady i ćwiczenia laboratoryjne, a ponadto byli przydzielani na odpowiednie oddziały chorych, w celu praktycznego przygotowania klinicznego. Wykładowcami byli poza Kierownikiem Instytutu Prof. Morellim (Klinika gruźlicy i chorób narządu oddechowego) inni profesorowie (Alessandri, Busi, Spolverini) i docenci Wydz. Lekarskiego Uniwersytetu Rzymskiego (Omodei-Zorini, Motta, Ilvento, Giannini, Bocchetti, Mendes, Benedetti, Monaldi, Daddi, Luzzatto, Torelli, Ascoli, Galli).

Wykłady obejmowały cały zakres wiedzy o gruźlicy i pogranicza. Specjalną uwagę poświęcono zagadnieniom społecznym. Przy końcu kursu przedkładają lekarze swą tezę, opracowaną na materjale Instytutu oraz składają egzamin ustny.

Od kilku lat przebywa w Instytucie co roku kilku lekarzy zagranicznych, wybranych przez Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy, którym organizacje włoskie udzielają stypendjów na pobyt. W obecnym roku korzysta z gościnności włoskiej 8 lekarzy. Pozatem pracuje w bieżącym roku 2 lekarzy zagranicznych, wysłanych na koszt swego kraju (Holandja, Rumunja). W ten sposób starają się Włochy rozszerzyć znajomość swych zdobyczy na terenie medycyny wśród innych społeczeństw i ułatwić promieniowanie kultury włoskiej w całym świecie.

Wielu lekarzy zagranicznych zwiedziło zakład zatrzymując się tu przez krótki czas. Z ważniejszych osobistości należy wymienić Prof. Sauerbrucha, Neumanna, Besançona, Da Costa, Rista. Zapraszano również uczonych z zagranicy do wygłoszenia

wykładów w Instytucie. Ostatnio Prof. Soulas z Paryża przedstawił swoją metodę i wyniki bronchoskopoterapji szeregu schorzeń.

Praca naukowa i publikacyjna Instytutu jest bardzo żywa. W najbliższych dniach opuści prasę monumentalny atlas rentgenologiczny i anatomo-patologiczny gruźlicy płuc, obejmujący ponad 500 rycin, również trójkolorowych, opracowany przez Omodei-Zoriniego, Scorpatiego i Ceruttiego.

Publikacje Instytutu ogłaszano dotychczas w rozmaitych czasopismach lekarskich włoskich, poświęconych gruźlicy, a przedewszystkiem w najpoważniejszem z nich *„Lotta contro la tubercolosi"*. W bliskiej przyszłości Prof. Morelli ma zamiar założyć własne wydawnictwo archiwalne Instytutu.

Z chwilą stworzenia tego wielkiego Instytutu zyskuje nauka włoska warunki i możność szerokiego rozwoju. Jakkolwiek dla postępu nauki nie wyłącznie dobrze wyposażone laboratorja i środki materjalne mają znaczenie, to jednak muszą się one odbić korzystnie na jej rozwoju. Praktyczna wartość dla społeczeństwa zastosowania zdobyczy naukowych na polu gruźlicy tłumaczy się sama przez się. I dlatego stworzenie Instytutu C. Forlaniniego słusznie może uchodzić za wzór do rychłego naśladowania dla innych państw, choćby w znacznie mniejszym zakresie, zależnie od środków, gdyż uzasadnienie wydatków z tem połączonych jest znacznie ułatwione. Obowiązki, jakie na każdem państwie ciążą, a mianowicie popieranie nauki i rozwoju wiedzy łączą się w tym wypadku ściśle z obowiązkami ochrony zdrowia społeczeństwa.

Według tablicy przedstawianej przez wykładowców I. C. F., a ilustrującej śmiertelność na gruźlicę w różnych krajach, Polska zajmuje niezaszczytne pierwsze miejsce. Konieczne jest przeto zdwojenie wysiłków w Polsce, by zaradzić temu złemu i zbliżyć się choćby do tych państw, które dzięki intensywnej akcji mogą poszczycić się dodatniemi wynikami w stosunkowo bardzo krótkim czasie i w których gruźlica porywa obecnie nieporównanie mniej ofiar jak gdzieindziej. Na drodze do osiągnięcia tego celu przykład dzisiejszych Włoch może być pod wielu względami godnym naśladowania.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. T. XXVI Nr. 1. 1935. Szmurło J.: Alergiczne schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych i najnowsze metody leczenia z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego. — Brzosko R.: O samouszkodzeniach ucha. — Wojciechowski A.: Postawa i sprawność ruchowa z punktu widzenia chirurga (c. d.). — Jakóbkiewicz J.: Surowica swoista w leczeniu spraw chorobowych wywołanych przez pałeczkę okrężnicy. — Krasuski Z.: Sanitarno-techniczne wyposażenie armji w polu.

Przemysl Chemiczny. Nr. 6. 1935.

Nowiny Lekarskie. Z. 16. 1935. Grochmal St.: O odruchowej pojemności życiowej płuc i jej wartości fizjologiczno-klinicznej. — Lorych A.: Wyniki leczenia szczepionką Michalskiego.

Medycyna. Nr. 16. 1935. Mańkowski A.: Przyczynek do wczesnego rozpoznawania zaburzeń krążenia. (Objaw daktyloskopiczny). — Rygier-Cękalska St.: Przypadek włosów skręconych u bliźniąt. — Rutkowski J.: Przyrząd do bezpośredniego przetaczania krwi. — Kipmanowa J. i Stein W.: Przypadek myotonji zanikowej z reakcją myodystoniczną, z myotonicznym odruchem Mayera i brakiem zaburzeń dokrewnych. — Stryjecki T.: Dodatni odczyn Bordet-Wassermanna i zachowanie się obrazu krwi w przebiegu otrucia kwasem octowym. — Choromański Cz.: Jeszcze jeden przypadek obustronnego jednoczasowego zapalenia opłucnej.

Lekarz Wojskowy. T. XXVI. Nr. 2. 1935. Michałowicz M.: Nowe kierunki w pedjatrji. — Szmurło J.: Alergiczne schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych i najnowsze metody leczenia z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego (dok.). — Wojciechowski A.: Postawa i sprawność ruchowa z punktu widzenia chirurga (c. d.). — Ukleja Szcz.: Melanoflokulacja Henry'ego w przebiegu malarji sztucznej. — Łempicki E.: Środki stosowane do samouszkodzeń.

Gruźlica. Nr. 3. 1935. Piasecka-Zeyland E.: Bakterjologiczne rozpoznawanie gruźlicy u ludzi. — Niżegorodcew M.: Odczyn skłaczkowacenia surowicy krwi według Weltmanna w przebiegu gruźlicy płuc. — Kowalczykowa I.: Odosobniona splenomegalja gruźlicza i gruźlica wątroby. — Pawłowicz F.: Odma obronna. — Kuncewicz Z.: Przyczynek do rozpoznawania rozlanej włóknistej gruźlicy płuc. — Wąsowski T.: W sprawie plastycznego zamknięcia otworu po laryngostomji. — Borowski A. i Kuncewicz Z.: Stanowisko nowoczesnego lekarza-ftizjologa wobec udzielającej się gruźlicy płuc.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 34. 1935.

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy. Nr. 7. 1935. Nowotarski L.: Gospodarcze znaczenie zdrojowisk polskich. — Handzel J.: Działanie kruszcowych wód jodowych z kazuistyką ze zdroju Iwonicz.

Życie Dziecka. Nr. 7—8. 1935.

OCENY.

O cukrzycy i jej leczeniu. JAKÓB WĘGIERKO. Doc. Uniw. Warszawskiego. Monografje lekarskie dla lekarzy-praktyków. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap", Spółka z ogr. odp. Warszawa. 1934. Zeszyt 6/8. Czerwiec-Sierpień.

Treść przedstawia się, jak następuje: I. Pojęcie ogólne o istocie cukrzycy. II. Węglowodany. III. Istota, ważniejsze objawy oraz postacie kliniczne cukrzycy. IV. Kwasica cukrzycowa. V. Niedocukrzenie krwi. VI. Leczenie cukrzycy.

Całość obejmuje 96 stron tekstu, z tego leczenie zajmuje tychże ponad 58. Omówić całość dokładniej w ramach krótkiej oceny nie jest możliwe. A wielka szkoda. Monografja jest tak zajmująca, że czyta się ją jednym tchem. Czuje się w każdem zdaniu uczonego, który zstąpił z wyżyn ścisłej wiedzy, by przedstawić ogółowi lekarzy chorobę, którą zna bardzo głęboko.

Przedstawił ją mimo konieczności skracania się znakomicie, bardzo praktycznie, a równocześnie i naukowo. Rozdziały początkowe pokazały dużą wiedzę, rozdział o leczeniu trzeźwe a dokładne przepisy terapeutyczne. Zjednoczenie i pogodzenie ze sobą tych dwóch sposobów, sposobu naukowego i praktycznego okazało się, jak widać, możliwem. Kazuistyka dość obficie cytowana, tabele i wykresy czynią treść jeszcze bardziej przejrzystą, mimo że i bez tego byłaby bardzo dostępna dla Czytelnika. Podział na dwa typy konstytucjonalne cukrzyczych, dających tło dla dwóch różnych rodzajów cukrzyc: astenicznej, raczej tarczycowej i stenicznej, przysadkowo-nadnerczowej, jest bardzo trafny.

Mając sposobność oglądania i analizowania naukowego tylu typów ludzi, spotykałem się rzeczywiście często z tem zjawiskiem, zwłaszcza co do cukrzycy stenicznej, bo co do formy astenicznej, to w pewnych postaciach typów z zaburzeniami funkcji tarczycy spotykałem ją, choć niezawsze obraz tego stosunku był zupełnie taki, jak chce Horsteis. Pewna lekka rezerwa, z jaką autor traktuje tę kwestię, jest bardzo słuszna. W rozdziale o kwasicy cukrzyczej są interesujące miejsca. Bardzo godny uwagi jest ustęp o syntetycznej i rozkładowej genezie ciał ketonowych, o produkcji acetonu w kwasicy, ciała lotnego łatwo dającego się wydalić, jako objawie obronnym, o poprawieniu się cukrzycy przy wystąpieniu obrzęku (wpływ zmian koloidowych), o względnie lepszym stanie chorych cukrzyczych, od których w razie kwasicy cukrzycowej czuć z ust aceton, bo są to ludzie, którzy się bronią lepiej przed zakwaszeniem. Bardzo interesującym jest rozdział o niedocukrzeniu krwi. Zestawienie śpiączki hipoglikemicznej i kwasiczej nader trafne. Cały obszerny rozdział szósty poświęcony leczeniu w myśl słusznej zasady, że nie leczy się moczu, lecz chorego, jest ogromnie precyzyjny. Jednoczy on wiedzę naukową z życiem praktycznem. Leczenie dietetyczną terapją insulinową i jej wskazania, rola głodówek w leczeniu cukrzycy, leczenie kwasicy, terapja w przypadkach powikłanych, szczegółowe leczenie cukrzycy, jakoteż terapja cukrzycy w uzdrojowiskach i przychodniach stanowią treść tego wielce zajmującego rozdziału. Całość wywiera duże niezapomniane wrażenie przez zespolenie wiedzy ścisłej i praktycznej z bardzo wielką korzyścią dla Czytelnika.

Zewnętrzna szata monografji nader staranna.

H. Sochański (Lwów).

Grundsätzliches zum Kampf um ein besseres Arzttum. OTFRIED MUELLER. Hippokrates-Verlag. Stuttgart. 1935.

Spośród bogatej na temat reform lekarskich literatury współczesnych Niemiec wybija się praca Müllera, jako jedna z nielicznych o znaczeniu praktycznem. Autor przedewszystkiem krytykuje psychologję lekarską, nastawioną wyłącznie „przyrodniczo", wykazując braki tej psychologji w praktyce lekarskiej. Dalej analizuje biologję i światopogląd lekarski, dochodząc do wniosku (w ostatnim rozdziale), że skuteczne lecznictwo nie

może być oparte tylko na podstawach racjonalnych. Zdanie to nabiera specjalnej wartości w ustach jednego z czołowych klinicystów obecnej doby. Jesteśmy lekarzami, powiada Müller, z wewnętrznego, z duszy naszej pochodzącego posłannictwa, obrońcami zdrowia naszych klientów. W lecznictwie ma wszystko to prawo obywatelskie, co na podstawie doświadczeń wielu dobrych lekarzy choremu pomaga, nietylko to, co można tłumaczyć racjonalnie i co pochodzi z naszego „cechu". Im więcej zdołamy tłumaczyć naukowo, tem lepiej; nie wolno nam jednak opierać naszej działalności na teorjach, nieudowodnionych dotychczas, o których przypuszczamy jedynie, że kiedyś, w dalekiej przyszłości, zostaną potwierdzone.

Zawód nasz nie da się pogodzić ze światopoglądem materjalistycznym i czysto dynamistycznym, choć pogląd ten jest dobrem przygotowaniem w pewnej mierze. Musimy brać pod uwagę człowieka jako całość i nie wolno szukać drogi do zrozumienia tej całości tylko przez nauki przyrodnicze. Biologji naszej trzeba trochę filozofji przyrodniczej, o ile nie ma się stać opisywaniem, lecz tłumaczeniem sensu procesów życiowych.

Ponieważ biologja lekarza zajmuje się przedewszystkiem człowiekiem, należą do niej i zagadnienia życia społecznego. Specjalnie dotyczy to psychologji. Autor cytuje zdanie Kanta o znaczeniu pierwiastka irracjonalnego w psychologji i wyraża zdanie, że najbardziej bliskim rzeczywistości jest trializm: ciało — nieświadoma psychika — świadomy umysł. Te elementy tworzą jedność osobowości ludzkiej. Hasłem naszem w pracy winno być klasyczne *„suprema lex salus publica"*; jest to cel wyniosły i daleki, ponieważ wiemy, jak głęboko zakorzeniony jest w ludziach egoizm.

Obständer (Bielsko).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Przypadek prawdziwego obojnactwa. Ch. WOLF. Endokrinologie. T. 15. Z. 4.

Autor opisuje nowy przypadek prawdziwego, zupełnego obojnactwa z obecnością jądra po stronie prawej a jajnika po stronie lewej. Przypadek ten operowano, przyczem usunięto żeński narząd płciowy. W następnych trzech latach po operacji rozwinął się wówczas 19-letni pacjent wyraźnie w kierunku męskim, podczas gdy jego stan psychiczny jakoteż pociąg płciowy pozostały bez większej zmiany.

W związku z powyższym przypadkiem autor omawia szereg zagadnień ze stanowiska inkretologicznego i socjalnego. Ze stanowiska bowiem socjalnego wydaje się mieć duże znaczenie fakt, by podobnych przypadków nie operować zbyt wcześnie, jakoże dany osobnik może się rozwijać tak psychicznie, jak i fizycznie w takim kierunku, któryby nie odpowiadał pozostawionemu gruczołowi. *St. Liebhart* (Lwów).

Badanie ciepłoty w jamie opłucnowej jako nowa metoda rozpoznawcza w gruźlicy płuc. H. ELSTER. Presse Méd. Nr. 28. 1935.

Włoski ftizjolog Parodi zwrócił uwagę na badanie ciepłoty w jamie opłucnowej przy pomocy aparatu zwanego ergotermomanometrem, spodziewając się, że przez takie badania można będzie wzbogacić metody rozpoznawcze gruźlicy płuc. Normalnie ciepłota płuc badana tym przyrządem wynosi 36—37°. W przypadkach gruźlicy okazała się ona niższą, co Parodi tłumaczy zmniejszeniem utleniania przez chorą tkankę płucną. Autor miał sposobność przeprowadzać takie badania w sanatorjum i pod kierunkiem Parodi'ego. Na podstawie przeprowadzonych badań wysnuwa następujące wnioski: znajomość wartości ciśnienia w jamie opłucnowej oraz jej ciepłoty pozwala rozpoznać charakter i wielkość zmian gruźliczych w płucu. Szczególnie w początkowym okresie gruźlicy jest ta metoda pomocna, kiedy inne metody kliniczne nie dają jeszcze wyników. Mianowicie obniżenie ciepłoty poniżej 36° przy ciśnieniu ujemnem wyższem, jak 30 mm dowodzi, że w płucu toczy się proces czynny. Kilkakrotnie przeprowadzone badania ergotermomanometryczne przed założeniem odmy i w czasie jej dopełniania pozwalają przekonać się o wartości leczniczej odmy piersiowej, jeśli bowiem ciepłota w jamie opłucnowej podnosi się w czasie leczenia odmą, to jest to sprawdzianem gojenia się sprawy gruźliczej, co daje wskazanie do zaprzestania tego leczenia uciskowego. Także i w innych niegruźliczych sprawach płucnych, jak rak, rozstrzeń oskrzeli i t. p. może metoda ta oddać pewne usługi. *Skowroński* (Lwów).

Działanie wagotoniny w nadciśnieniu. P. BERNAL. Presse Méd. Nr. 26. 1935.

Na podstawie poprzednich i nowszych obserwacyj klinicznych autor dochodzi do wniosku, że wagotonina, hormon wyosobniony z trzustki, jest substancją obniżającą bardzo powoli ciśnienie krwi i działającą znacznie dłużej, jak podobne ciała wyosobnione z innych narządów. Leczenie wagotoniną może być kombinowane z acetylocholiną i innemi preparatami. Dobrze jest powtarzać takie leczenie w krótkich odstępach czasu. W leczeniu nadciśnienia nie należy koniecznie dążyć do obniżenia ciśnienia do normy, wystarczy obniżyć je nieco i utrzymać na poziomie dobrze znoszonym przez chorego.

Skowroński (Lwów).

Badanie anatomo-patologiczne za życia wątroby w marskości typu Hanota. E. MAY, G. ALBOT i A. DEBRAY. Presse Méd. Nr. 28. 1935.

Autorowie mieli sposobność badać wątrobę, której skrawek wzięto w czasie próbnej laparotomji na 2 lata przed śmiercią. Podają dokładną historję choroby tego przypadku oraz omawiają szczegółowo obraz histologiczny. Podobnie, jak Fiessinger i Thiébaut, którzy również badali wątrobę histologicznie w tak wczesnym okresie marskości, stwierdzają autorowie, że marskość tego typu nie ma żadnego związku z mechaniczną żółtaczką lub przewlekłem zapaleniem naczyń żółciowych *(angiocholitis chronica)*, jak to przypuszcza się powszechnie. W całej wątrobie stwierdza się przerost tkanki podścieliska, można więc tę marskość uważać za przewlekłe zapalenie, przyczem tkanka mezenchymatyczna pierwotnie ulega uszkodzeniu, podczas gdy miąższ wątrobowy jest mało zmieniony. Ponieważ w ostatnich latach zaczęto nawet powątpiewać w istnienie marskości tego typu, przeto autorowie omawiają objawy kliniczne i podkreślają, że obok długotrwałej żółtaczki do stałych objawów należą duża wątroba i duża śledziona, przyczem powiększenie śledziony nie wybija się na pierwszy plan. Inne objawy są mniej charakterystyczne. Jest to wogóle rzadkie schorzenie, ale niewątpliwie ono istnieje. *Skowroński* (Lwów).

Wartość leczenia złotem w gruźlicy płuc u dorosłych. P. BOURGOIS, H. THIEL i J. LEVERNIEUX. Presse Méd. Nr. 28. 1935 r.

Autorowie omawiają porównawczo wyniki leczenia złotem w sanatorjum dla gruźliczych. Przy zestawieniu śmiertelności z okresu przed wprowadzeniem tego leczenia (1000 przyp.) i po zastosowaniu tego leczenia (850 przyp.) nie można twierdzić, by złoto zmniejszyło procent śmiertelności, chociaż porównywany materjał był podobny. Mimo to autorowie nie uważają tego leczenia za „psychoterapję", jak to uważają niektórzy ftizjolodzy, ale przyjmują, że może ono oddać pewne usługi, przeważnie tylko przejściowo, poprawiając stan ogólny chorego oraz poprawiając jego obraz rentgenowski, co pozwala zastosować właściwe leczenie uciskowe. Nie należy jednak zaniedbywać przez stosowanie leczenia złotem innych skuteczniejszych metod leczenia. To leczenie powinno zawsze stać na dalszym planie. Tem bardziej należy być ostrożnym ze złotem, ponieważ wywołuje ono często uboczne przypadłości (w 50% przyp.), przeważnie są one jednak lżejszej natury. Ażeby ich uniknąć, autorowie zalecają średnie dawki chryzalbiny (0,2 g na dawkę, a 3 g na serję), do zastrzyków dożylnych rozpuszczają w 20% tiosiarczanie sodu lub 10% tiosiarczanie magnezu. Radzą jednak stosować zastrzyki domięśniowe, ponieważ wtedy rzadziej występują objawy uboczne. Ponadto naprzemian ze złotem wstrzykują wyciąg wątroby oraz podają środki żółciopędne, co ma również zapobiegać pojawianiu się objawów toksycznych. W razie wystąpienia nawet nieznacznych objawów toksycznych przy leczeniu złotem, przerywają zupełnie to leczenie, ażeby nie narazić chorego na poważniejsze zaburzenia toksyczne.

Skowroński (Lwów).

Biologja.

Hormony i ich znaczenie w powstawaniu i wzroście nowotworów złośliwych. B. FISCHER-WASELS. Endokrinologie. T. 14. Z. 2.

Autor uważa, że najbardziej charakterystyczną cechą biologji komórki rakowej jest zaburzenie przemiany materji, polegające na zahamowaniu procesów oddychania i na wzmożeniu procesów glikolitycznych. Wobec powyższego wydaje się być rzeczą prawdopodobną, że przez wpływanie na wyżej przytoczone procesy przemiany materji całego organizmu można uzyskać wpływ na rozwój i wzrost nowotworów. W obecnej chwili

nie jesteśmy w stanie stwierdzić, czy w tej kwestji oddadzą nam jakąkolwiek usługę hormony. Stanie się to dopiero możliwem po dokładniejszem poznaniu chemiczno-fizjologicznej istoty poszczególnych rodzajów nowotworów. *St. Liebhart* (Lwów).

Przedni płat przysadki, jod i tarczyca. ARNOLD LOESER i K. W. THOMPSON. Endokrinologie. T. 14. Z. 2.

Podawanie jodu powoduje przestrojenie czynności wydzielniczej przysadki mózgowej. Stosownie do ilości zastosowanego jodu wzrasta produkcja i wysiew tyreotropowego hormonu przedniego płatu przysadki. Jako następstwo tych przemian w przysadce przychodzi do przestrojenia czynności tarczycy. Punkt uchwytu działania jodu leży zatem w przednim płacie przysadki. U zwierzęcia pozbawionego przysadki jod nie wywiera żadnego wpływu ani też działania na tarczycę. To ostatnie jest bardziej przekonywującym argumentem pośredniego działania jodu na tarczycę. *St. Liebhart* (Lwów).

Fizjologja hormonu tyreotropowego przysadki u płazów. E. UHLENHUTH i S. S. SCHWARTZBACH. Endokrinologie. T. 15. Zesz. 5.

Ze sproszkowanego i wysuszonego gruczołu przedniego płatu cieląt sporządzono wyciągi z pomocą zwykłego względnie nieco zakwaszonego płynu Ringera. Wyciąg ten wstrzyknięto wśródotrzewnowo larwom salamandry i sprowadzono w ten sposób ich szybszą metamorfozę. Jeżeli jednak uprzednio usunięto tarczycę, wyciągi powyższe utraciły swój wpływ na przyspieszenie metamorfozy. *St. Liebhart* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Objawy nerwowo-anemiczne. J. LHERMITTE. Gaz. d. Hopit. Nr. 42. 1935.

Zmiany ze strony systemu nerwowego są obecnie w niedokrwistości Addisona-Biermera częstsze. Wynika to z dokładniejszego badania neurologicznego i dłuższego życia chorych na niedokrwistość złośliwą po wprowadzeniu leczenia wątrobą. Początkowo przypuszczano niesłusznie, że leczenie wątrobowe powoduje zmiany w systemie nerwowym. Autor podaje różne typy kliniczne i obraz anatomo-patologiczny, podkreśla ważność badania chemizmu żołądka: często stwierdza się zmiany rdzeniowe przy równocześnie normalnym obrazie krwi, chociaż już brak kwasu solnego w treści żołądkowej umożliwia właściwe rozpoznanie. W konsekwencji wszystkich ludzi z brakiem kwasu solnego w treści żołądkowej należy uważać za narażonych na zmiany rdzeniowe, które nie reagują na leczenie. Leczyć należy wcześnie, przed wystąpieniem zmian ze strony systemu nerwowego, podając wyciągi wątrobowe, żołądka i żelazo.

H. Długosz (Lwów).

Wycięcie śledziony w leczeniu niedokrwistości hemolitycznej u dzieci. L. BABONNEIX. Gaz. d. Hopit. Nr. 42. 1935.

Krótki opis dwóch przypadków niedokrwistości hemolitycznej wrodzonej u dziecka 10 i 11½ letn. Po wycięciu śledziony u obu znaczna poprawa, prawie powrót do zdrowia. Oporność ciałek czerwonych na hipotoniczne roztwory soli kuchennej wzrosła. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Zabieg wykonano według Lecène'a i Denikera z uprzedniem podwiązaniem naczyń śledzionowych na górnym brzegu trzustki. *H. Długosz* (Lwów).

Krwawiączkowe schorzenia stawów. LANCE. Gaz. d. Hopit. Nr. 42. 1935.

Schorzenie stawów w krwawiączce jest bardzo rzadkie. Rozpoznanie jest łatwe, jeżeli stwierdza się inne objawy krwawiączki. Czasem jednak krwiak śródstawowy pojawia się jako pierwszy objaw, wtedy rozpoznanie jest trudniejsze. Autor dzieli schorzenie stawów w krwawiączce na 3 stadja: 1. stadjum: bez wyraźnej przyczyny występuje krwiak śródstawowy. Na zdjęciu rentgenowskiem charakterystyczny obraz: nacieczenie torebki mazistej przez barwik krwi. 2. stadjum: reakcje ze strony stawu: na torebce maziowej tworzą się liczne kosmki unaczynione, co sprzyja wtórnym krwawieniom do stawu. Na kliszy rentgenowskiej: nacieczenie torebki maziowej, kontur powierzchni stawowej nierówny spowodu krwotoków podchrząstkowych i śródkostnych. 3. Stadjum: po 10—15 latach zniekształcenie i zesztywnienie stawu. Najczęściej zajęty jest staw kolanowy, rzadziej łokciowy, czasem skokowy.

Leczenie ogólne, jak krwawiączki: możliwie świeża surowica zwierzęca, szczególnie końska (hemostyl, surowica przeciwbłonicza, przeciwtężcowa) działa po kilku godzinach, przez 4—5 tygodni. Szybciej zwiększa krzepnienie krwi transfuzja 100—200 cm³ krwi. Podaje się też pepton Wittego 5—10 cm³ co 3 dni przez miesiąc, następnie miesięczna przerwa. Miejscowo: w okresie krwiaka śródstawowego szyna gipsowa dobrze dostowana, lód na staw, unieruchomienie kończyny. Nie punktować! W dniach następnych uruchomienie i masaż. W okresie drugim (reakcja ze strony stawu) odprowadzenie kończyny, z poprzednią transfuzją. W okresie zesztywnień odprowadzenie w uśpieniu (eterem) z poprzedzającą transfuzją. Następnie ruchy przychodzą same, bez mechanoterapji i bez masażu. Jeżeli rozpoczyna się racjonalne leczenie w początkach, możliwy jest powrót do normy. *H. Długosz* (Lwów).

Przyczynek do kliniki hemoglobinomoczu. A. FALKIEWICZ i W. MUSIAŁ. Polsk. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 2.

Po zestawieniu historycznem i przeglądzie różnych postaci hemoglobinurji (hbu), objawowej i paroksystycznej, autorzy podają 3 przypadki własnej obserwacji. Pierwszy to hbu po transfuzji krwi odpowiedniej grupy (IV i O), drugi przy *trombopenia essent.* Najbardziej zajmujący jest przypadek trzeci. Hbu o charakterze trwałym, jest tutaj powikłaniem niedokrwistości typu hemolitycznego. Przyczyny dopatrują się autorzy w uszkodzeniu narządów przerabiających barwiki krwi, wywołanem prawdopodobnie tym samym czynnikiem chorobotwórczym, co i wzmożony rozpad krwinek. *Rawicz* (Lwów).

Badanie doświadczalne nad czynnością spichrzania układu siateczkowo-śródbłonk. w niedokrwistości złośliwej z uwzględnieniem roli heparyny w mechanizmie spichrzania. Z. GODŁOWSKI. Polsk. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 2.

Na podstawie prób z czerwienią Kongo Adler-Reimanna dowodzi G., że niedokrwistość Biermera nie jest wywołana nadczynnością spichrzania R. E. S. Dlatego wręcz przeciwwskazane jest stosowanie heparyny w tej chorobie. Uzasadnionem jest podawanie heparyny w stanach wzmożonej czynności R. E. S., np. *reticuloendotheliosis* lub w stanach przebiegających z obniżeniem poziomu heparyny np. w skłonności do tworzenia zakrzepów. *Rawicz* (Lwów).

O własności odtleniających składników prawidłowego moczu zawierających azot i siarkę. B. GWÓŹDŹ. Polsk. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 2.

Składniki odtleniające moczu prawidłowego podzielili Pénau i Tauret na 3 grupy; „grupa moczowa“, „grupa kreatyninowa“ i „reszta redukcyjna“, składające się według P. i T. z „nieznanych substancyj“. Otóż według G. należy tu umieścić grupę kwaśnych odpadków prawidłowej przemiany ciał proteinowych, którą autor nazywa grupą oksyproteinową. Zdolność odtleniająca tej grupy jest dość znaczna, przynajmniej 1/3 całkowitej zdolności odtleniania moczu, wzrasta jeszcze bardziej przy pożywieniu mięsnem. Zawartość siarki tej grupy stanowi ponad 80% całkowitej siarki obojętnej moczu. Szczegóły techniki badań należy przeczytać w oryginale. *Rawicz* (Lwów).

Badania nad wpływem wody ze źródła „Słotwinka“ w Krynicy na przemianę azotową. K. KOSIERADZKI. Polsk. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 2.

Woda „Słotwinka“ powoduje: 1) zatrzymanie w tkankach części azotu pokarmowego, co znajduje swój wyraz w zwiększonym bilansie azotowym, 2) zmniejszenie wydzielania kwasu moczowego z moczem i wzrost jego poziomu we krwi, 3) wzrost współczynnika azotu całkowitego do azotu mocznikowego. Pozatem „Słotwinka“ hamuje w pewnej mierze rozwój flory jelitowej. *Rawicz* (Lwów).

Gruźlica płuc w wieku podeszłym i walka z nią. G. LEWIN. Polsk. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 2.

Praca oparta na materjale własnym 511 przypadków. „Gruźlica w wieku podeszłym zdarza się znacznie częściej niż dotychczas sądzono. Objawia się ona przeważnie w postaci przewlekłej i łagodnej, rzadziej — w ostrej złośliwej. Tak jedna, jak i druga może być źródłem zakażenia i dlatego też trzeba z nią walczyć niemniej, jak z gruźlicą wogóle“. *Rawicz* (Lwów).

O moczeniu cukrem trzcinowym i lewoskrętnym. M. KRASOWSKA i L. PTASZEK. Polsk. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 2.

Przypadek lewulozurji pokarmowej, który doskonale odpowiedział na zastosowanie w diecie jednocukrów pod postacią syropu cukrowego (100 g cukru gotowanego z 30 g HCl) i na zastrzyki wątroby. Jaką jest w tym wypadku rola wątroby, tego autorzy nie rozstrzygają, określając przypadek ogólnie jako: *insuff. secretionis internae hepatis sub forma saccharo- et levulosuria alimentaris.* *Rawicz* (Lwów).

W sprawie patogenezy agranulocytozy. Przypadek agranulocytozy z wyhodowanemi prątkami Ebertha. J. KOWALCZYKOWA. Polsk. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 2.

W rozważaniach przypuszcza autorka, że przyjęcie nieswoistego tła alergicznego jako przyczynę agranulocytozy wyjaśniłoby jej powstawanie lepiej niż inne teorje. *Rawicz* (Lwów).

W zestawieniach poglądowych: BIERNACKIEGO *„Wpływ picia wody na układ krążenia"* i bardzo zajmująco i wyczerpująco podane J. W. GROTTA *„Badanie czynnościowe trzustki"*.
Rawicz (Lwów).

Przerost grasicy. Ostra białaczka monocytarna. MARCHAL, BRUN i GRUPPER. Gaz. d. Hopitaux. Str. 177. 1935.

Autorowie obserwowali przypadek młodego mężczyzny, u którego objawy kliniczne dadzą się uszeregować w cztery okresy: 1) obustronna ropowica migdałków, 2) powiększenie gruczołów podszczękowych i niedokrwistość bez białaczki, 3) powiększenie wszystkich gruczołów i podostra białaczka monocytarna, 4) ostra białaczka i zejście śmiertelne. Zmiany histopatologiczne streszczają się do ogólnej leukoblastozy z hiperplazją limfoidalną i metaplazją leukoblastyczną grasicy.
H. Długosz (Lwów).

Wstrzykiwania lecznicze do systemu limfatycznego. MOURE. Gaz. d. Hopit. Nr. 96. 1934.

Autor wstrzykiwał do systemu limfatycznego *(ganglion)* mieszaninę eteru i formaliny zabarwioną chlorofilem. Zabieg ten mógłby przeciwdziałać szerzeniu się raka drogami limfatycznemi, a przedewszystkiem mógłby mieć znaczenie w leczeniu gruźliczego zapalenia gruczołów limfatycznych. Rola chlorofilu wydaje się być wielką, prawdopodobnie spowodu działania uczulającego na światło. *H. Długosz* (Lwów).

Nowa metoda leczenia krwotoków mózgowych. R. COLELLA i G. PIZILLO. Presse Méd. Nr. 29. 1935.

Na podstawie licznych obserwacyj autorowie polecają autohemoterapję. Opisują 7 przypadków krwotoków mózgu pourazowych, na tle miażdżycy i t. p., w których zastrzyki krwi działały dobrze, szybko wstrzymując krwotoki i przywracając przytomność, poczem następowała poprawa ogólna i zupełne wyleczenie. Wstrzykują domięśniowo 25—30 cm^3 krwi po stronie zdrowej ciała. Krew mieszają z kilkoma cm^3 25% cytrynianu sodowego. Zastrzyki takie można wykonać przed spodziewanym napadem np. w miażdżycy (ponieważ następuje wtedy obniżenie parcia krwi), ponadto można je wykonać w czasie lub po wystąpieniu krwotoku. To leczenie może się okazać pomocne także w rozpoznaniu rodzaju porażenia połowiczego, ponieważ w rozmiękczeniu mózgu nie stwierdza się żadnej poprawy, natomiast w innych przypadkach następuje z reguły szybka poprawa. Mechanizm działania tego leczenia może być różny, ale autorowie nie omawiają szczegółowo teoryj tłumaczących dobre działanie autohemoterapji. *Skowroński* (Lwów).

Leczenie choroby Addisona solą kuchenną. G. MARANON, I. A. COLLAZO i J. JIMENA. Presse Méd. Nr. 26. 1935.

Od czasu odkrycia i wyosobnienia hormonu z kory nadnerczy (kortyny) przez badaczy amerykańskich i wykazania, iż hormon ten ratuje życie zwierząt, którym wycięto nadnercza, zaczęto stosować go także w chorobie Addisona u ludzi, spodziewając się dobrych wyników leczniczych. Początkowo wyniki były zadowalające, ale rychło wzrósł sceptycyzm, leczenie takie okazało się bowiem bardzo kosztowne a niezawsze skuteczne, szczególnie w cięższych przypadkach. Dlatego tylko we wczesnych przypadkach choroby Addisona możnaby je stosować, a w takich przypadkach można otrzymać dobre wyniki nawet przy leczeniu solą kuchenną. Wprowadzenie tego sposobu leczenia opiera się na badaniach doświadczalnych przeprowadzonych na zwierzętach z wyciętemi nadnerczami i u ludzi chorych na Addisona, u których stwierdza się we krwi z reguły spadek sodu i chloru przy równoczesnym wzroście potasu. Hormon kory nadnerczy ma posiadać pewien wpływ na regulację tych elektrolitów, podobnie jak przytarczyca wpływa na jon wapnia. Autor podaje obserwacje i badania kliniczne 12 przypadków napewno stwierdzonej choroby Addisona, w których stosował leczenie solą kuchenną. Podawał doustnie 6—8 g dziennie, po 0,5 g (w niektórych przypadkach początkowych wstrzykiwał też hormon nadnerczy). Wyniki leczenia samą solą kuchenną były bardzo dobre i przewyższały wyniki otrzymane przy pomocy innych metod, nie wyłączając leczenia hormonalnego. Pod wpływem takiego leczenia poprawia się apetyt, podnosi się waga ciała, znika ogólne osłabienie (astenja mięśni) oraz zaburzenia przewodu pokarmowego, ponadto zmniejsza się przebarwienie skóry. We krwi zmienia się na normalny stosunek jonów sodu do potasu. Sól kuchenna zapobiega również odwodnieniu organizmu i nie dopuszcza do wystąpienia niebezpiecznej kwasicy. Takie leczenie znoszone jest dobrze przez chorego. W razie wystąpienia nudności dobrze jest podawać sól w mleku lub razem z sodą. W czasie takiego leczenia nie pogarsza się również sprawa gruźlicza, będąca zazwyczaj istotną przyczyną tej choroby w nadnerczach, a więc niesłuszne jest przypuszczenie Gersona, propagującego w gruźlicy dietę bezsolną.
Skowroński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział Lekarski Poznańskiego T. P. N.

V Zebranie z dnia 8. marca 1935 roku.

1. Pokazy.

a) Kol. F. Nowocki: *Zawał nerki prawej zupełny jako przyczynek do rozpoznania różnicowego ostrych zachorzeń jamy brzusznej.* Nietypowy obraz kliniczny przy typowych wywiadach. Trudno było rozstrzygnąć, czy chodzi o ostre zapalenie wyrostka robaczkowego nieprawidłowo położonego, czy o kamicę żółciową powikłaną martwicą trzustki, czy też o ostre zaburzenie w krążeniu o charakterze zakrzepowym w obrębie naczyń jamy brzusznej.

Po laparotomji sprawa się wyjaśniła, że chodzi o zawał nerki. Nie wykonano żadnego zabiegu, ponieważ nieznana była wydolność drugiej nerki. Przypadek ten skończył się zejściem śmiertelnem.

b) Kol. W. Dullin: Przedstawia pacjenta, lat 66, *po wyłuszczeniu gruczołu krokowego.* Chory zgłosił się do szpitala spowodu zupełnej niemożności oddawania moczu. Wykonano prostatektomję; po operacji pacjent nie krwawi, samopoczucie dobre.

c) Kol. M. Klinge: Przedstawia przypadek *zwężenia odbytnicy, z następowemi objawami niedrożności jelit.* Spowodu tej niedrożności pacjentka została przyjęta do szpitala. Zwężenie nastąpiło na tle *lymphogranulomatosis inguinalis.* Próba Frey'a wypadła dodatnio.

d) Kol. A. Brodniewicz (członek Wydziału): Przedstawia przypadek *operowanego raka szczęki górnej.* Pacjent, lat 48, z zawodu szofer, dotąd poważnie nie chorował. Ból i nadmierna ruchomość zęba trzonowego 7 górnego prawego skłoniły go do leczenia się w Klinice Stomatologicznej w maju 1934 r. Dalsze leczenie wobec krwawień nosowych przeprowadziła Klinika Laryngologiczna U. P., stąd skierowano go do Szpitala Miejskiego celem naświetlania radem. Wobec opinji radologa Kliniki Chirurgicznej U. P., którego zdaniem nadaje się powyższy przypadek wyłącznie do leczenia chirurgicznego, usunięto całkowicie szczękę górną prawą i wobec zajęcia oczodołu prawego masami nowotworowemi dokonano całkowitego wypatroszenia. Celem zmniejszenia krwawienia podwiązano przed zabiegiem *a. carotis externa.*

Dalsze leczenie polegało na plastycznem pokryciu ubytków i stworzeniu przegrody między jamą ustną i nosową przy pomocy protezy.

2. Kol. Nowakowski (członek Wydziału) wygłosił referat p. t.: *„Z dziedziny chirurgji nerek"*.

Prelegent przedstawia statystykę przypadków urologicznych z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu zebraną w czasie od 1. VII. 1932 r. do 1. II. 1935 a zatem w ciągu 2½ lat, dodając kilka uwag ogólnych. Ten dość obfity materjał zgromadzono dzięki metodycznemu zastosowaniu cystouretroskopji.

W ten sposób wyławia się z ogólnego chirurgicznego materjału przypadki urologiczne, którychby nieraz nie zauważono. Statystyka wykazuje, że obecny kierunek leczenia, o ile możności zachowawczego, jest szeroko stosowany na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Miejskiego, szczególnie w przypadkach kamieni w moczowodach.

Mała stosunkowo liczba operacyj przy przeroście sterczu tłumaczy się tem, że operacja ta jest w Poznaniu jeszcze za mało popularna i że trudno ją spopularyzować ze względu na to, że dostaje się bardzo ciężkie przypadki, które wykazują dużą śmiertelność.

Jednakże pewien postęp w tym kierunku jest już widoczny.

Inne zachorzenia, jak roponercze spowodu kamieni lub gruźlicy, były operowane z bardzo dobrym wynikiem, mimo że chodziło o bardzo ciężkie przypadki, jak to wykazują przedstawione preparaty anatomiczne.

Następnie prelegent referuje szczegółowo następujące 3 przypadki.

I. *Roponercze prawe* spowodu kamienia w moczowodzie z zupełnem zablokowaniem nerki od 16. XI. do 4. XII. 1934.

Wyjęto kamień około 4 cm ponad ujściem moczowodu do pęcherza przez ureterotomję. Ponad kamieniem był moczowód silnie rozdęty ropą. Ponieważ wygląd nerki prawej i jej spoistość nie odbiegały zbytnio od normy, nie usunięto nerki, lecz założono do moczowodu w środkowej jego części dren w postaci litery T.

Moczowód zagoił się w miejscu kamienia, jak i w miejscu założonego drenu. Płókanie przez dren wyleczyło zupełnie prawą miedniczkę i moczowód.

12. I. 1935 zwolniono chorą jako zupełnie wyleczoną.

Przypadek powyższy zasługuje na omówienie z tego względu, że mamy w nim urzeczywistnione *in vivo* na człowieku doświadczenie Kairisa.

Kairis robił badania swe na psach, zakładając do moczowodów małe laseczki szklane, wywołał w ten sposób zupełną lub częściową blokadę jednej nerki. Po pewnym czasie wycinał układ moczowy i badał nerki drobnowidowo. Na podstawie tych badań Kairis dochodzi do wniosków klinicznych, któreby streścić można w następujących słowach: z usunięciem przeszkód można czekać 2, a najwyżej 3 tygodnie, bo inaczej nerka ulega tak znacznemu zwyrodnieniu, że nie jest już zdolna do funkcji.

Po wyleczeniu pacjentki przeprowadzono badanie czynności prawej nerki:

a) Cysto-uretroskopja prawej nerki: kolor moczu ciemnożółty. Białko: ślady. W osadzie kilka erytrocytów i leukocytów. Ilość około 10 cm³.

b) Ureterografja dożylna: 1 godz. po zastrzyku. Prawa miedniczka i moczowód niewidoczne na rentgenogramie.

c) Chromocystoskopja. Nerka indygokarminu nie wydzieliła.

d) Pyelografja wsteczna. Cień miedniczki i moczowodu bardzo duży, jednak moczowód o 2/3 mniejszy, niż podczas operacji.

II. *Wodonercze lewe* spowodu małego kamienia przy ujściu miedniczki. Spędzenie kamienia leczeniem zachowawczem.

Uwięzgnięcie ponowne, 4 cm ponad pęcherzem, lecz bez blokady moczowodu i nerki. Odejście kamienia w 3 miesiące po przyjęciu chorego do lecznicy.

Przypadek ten, z wielu względów zajmujący, zasługuje na wzmiankę dlatego, że skłaniano się raczej do rozpoznania skrętu jelit, aniżeli kolki nerkowej. Objawy, jak wzdęcie brzucha, brak wiatrów i stolca wysuwały się na plan pierwszy obrazu klinicznego. Po wlewie wysokim Naunina dopiero po 55 minutach uzyskano odejście pierwszych wiatrów. Każde ponowne blokowanie nerki powodowało ponowne wzdęcie i brak wiatrów. Przypadek służy za klasyczny przykład tego, że kolka nerkowa powoduje nieraz objawy przemawiające za niedrożnością jelit tak, że nasuwa mylne rozpoznanie.

III. *Zapalenie miedniczki nerkowej lewej.*

Pacjentka leczona od przeszło 6 lat przez internistów na zaburzenia żołądka i kiszek. Wycieńczona dietą, którą wkońcu sama sobie ordynowała, waży 39 kg. Hemoglobiny 57%. Ostatecznie decyduje się na wyjazd do Kissingen, gdzie lekarz przy końcu dietetycznej kuracji wyraził podejrzenie, że chodzi przypuszczalnie o chorobę nerkową.

Cystouretroskopja wykazała, że prawa miedniczka i nerka zdrowa, a lewa chora.

Przepłókiwanie lewej miedniczki, co 5 dni, pozbawia pacjentkę dolegliwości kiszkowo-żołądkowych.

Pacjentka zaczyna się odżywiać normalnie i nie ma skłonności do wymiotów i wzdęć.

Po opuszczeniu lecznicy wyjeżdża do Rabki i po 4-tygodniowej kuracji waży 60 kg, ma 80% hemoglobiny i nie odczuwa żadnych zaburzeń ze strony żołądka lub kiszek.

Jest to klasyczny przypadek dowodzący, że zaburzenia żołądkowo-kiszkowe niezawsze powodowane są schorzeniem tychże narządów, ale że zaburzenie z ich strony spowodowane jest nieraz jakiemś cierpieniem nerkowem, którego ustalić nie można zwykłem badaniem moczu. Stąd też zaleca się w przypadkach rozpoznania nerwicy kiszek i t. p. wykonanie cysto-uretroskopji celem wykluczenia tła chorobowego nerek przy dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego.

W III przypadku okazało się też, że niektórzy lekarze mają mylne pojęcie o technice cystouretroskopji, uważając ten zabieg za bardzo przykry i bolesny, odstraszają od niego pacjentów, zamiast ich do niego namawiać.

Należy przytem podkreślić, że można cystouretroskopję przeprowadzić przy dzisiejszej technice znieczulenia zupełnie bezboleśnie.

W dyskusji: Kol. D r o ż y ń s k i (członek Wydziału): co do przypadku III. zauważa, że pierwotnej przyczyny tego jednostronnego zachorzenia miedniczki nerkowej należy raczej szukać w jelitach, a nie w nerce. Np. zaburzenia w krążeniu limfy sąsiadujących z nerką odcinków jelit mogą być powodem zakażenia nerki; Francuzi podkreślają przy omawianiu stanów równoczesnego schorzenia jelit i nerek (*„syndroma entero-renal“*), że punktem wyjścia choroby są prawie zawsze jelita, a nie przeciwnie. W przypadku omówionym zasługuje na podkreślenie różnorodność wyhodowanych z moczu lewej nerki zarazków, coby przemawiało również za jelitowem pochodzeniem zakażenia miedniczkowego.

Kol. W o ł k o w i ń s k i: w schorzeniach jamy brzusznej, zwłaszcza w sprawach chorobowych, które nasuwają trudności rozpoznawcze w sprawie umiejscowienia, należy pamiętać szczególnie u kobiet o schorzeniach układu moczowego, gdyż kobiety posiadają wyjątkową skłonność do schorzeń miedniczek nerkowych, szczególnie kobiety, które przechodziły ciążę. Zatrucia ciążowe wpływają ujemnie również na miedniczki nerkowe.

Kol. O r z e c h o w s k i: jedna z pacjentek Kol. Nowakowskiego (przypadek III.) była w mojej obserwacji i leczeniu przez krótki przeciąg czasu. Skarżyła się na mdłości, wzdęcia brzucha, ogólne osłabienie, bezsenność od kilku lat, oraz od dłuższego czasu na stany podgorączkowe. Przebyła szereg kuracyj bez wyniku. Przedmiotowo stwierdzało się: bezkwaśność żołądka i niedokrwistość wtórną. Po wykluczeniu schorzenia różnych narządów, które mogłyby tłumaczyć stan podgorączkowy i niedokrwistość (płuca, migdałki, zęby) podejrzenie skierowano na nerki, jakkolwiek pacjentka nigdy się nie skarżyła na dolegliwości z tej strony. Za schorzeniem nerek przemawiała: obecność śladów białka w poprzednich analizach moczu, obecność laseczek kwasoodpornych. Próba biologiczna na gruźlicę wypadła ujemnie. Parokrotne analizy moczu również nie wykazały zmian. Pozostawało wyjaśnienie sprawy przy pomocy cystoskopji, czemu jednak wówczas pacjentka oponowała. Dalszy przebieg jest znany z wykładu.

Godnem podkreślenia jest w tym przypadku niejasny obraz chorobowy, brak jakichkolwiek dolegliwości ze strony nerek i brak składników patologicznych w moczu, co przez długi okres czasu utrudniało lekarzom zastosowanie racjonalnego leczenia.

Kol. P a r s z e w s k i (członek Wydziału): opisuje przypadek, który leczył podczas wojny. Żołnierz otrzymał postrzał karabinowy w lewą część brzucha. Rana mała zagoiła się prędko i pacjenta odesłano do pułku. Po pewnym czasie rana się otworzyła i zaczęła wydzielać nieco ropy. Lekarz, myśląc, że ma do czynienia ze zwykłą przetoką, dwa razy nacinał i rozszerzał otwór, a ponieważ ropienie nie ustawało, wsunął przy trzeciej operacji nożyczki głęboko w mniemaną przetokę i przeciął przy tej sposobności prawie do połowy okrężnicę na 10 cm powyżej odbytu. Z rany wychodził teraz kał i ropa. Badanie rentgenologiczne wykazało, że ropa wychodzi z lewego moczowodu, który przy zranieniu był przestrzelony. Zakażenie dostało się przez moczowód do nerki, zakaziło ją, spowodowało utworzenie się kamieni w nerce i ropienie. Po wyjęciu nerki ropienie ustało. Po późniejszem zeszyciu okrężnicy pacjent jako wyleczony opuścił szpital.

Kol. N o w a k o w s k i (członek Wydziału): o kwestji, czy w III. omawianym przypadku zaburzenia jelit są spowodowane zapaleniem miedniczki, czy też zapalenie miedniczki spowodowane jest *a priori* przez bakterje jelitowe, można dyskutować i zagadnienia tego nie chciałbym przesądzać. Albowiem właśnie w tym przypadku rentgenogram jelit wykazał, że lewa część poprzecznicy i górny odcinek jelita zstępującego są ustawione, jak lufy dubeltówki tak, jak to się spostrzega w „chorobie Payr'a, coby przemawiało za zapatrywaniem kol. D. Wynik leczenia przemawiałby znów przeciw temu zapatrywaniu.

Przypadek wodonercza (II.), z objawami klinicznemi niedrożności jelit, nie jest wcale odosobniony. Podobnych przypadków było więcej (4), a w jednym z nich po uretroskopji wylewał się mocz z lewej miedniczki tak obficie, że tworzył małą fontannę przy ujściu zewnętrznem kateteru.

Po opróżnieniu miedniczki ustały bóle w lewym boku i czynność jelit była prawidłowa.

My chirurdzy braku odrębnego oddziału urologicznego nie odczuwamy, gdyż chirurdzy właśnie opanowali dziś całą urologję, a to dlatego, że chirurg najlepiej jest przygotowany do natychmiastowej interwencji, której wymagają najczęściej przypadki urologiczne, interwencji nietylko leczniczej, ale i rozpoznawczej. Ci chirurdzy, którzy zajmują się urologją zrezygnowaliby bardzo niechętnie z tego działu lecznictwa, bo jest on niewątpliwie jednym z najbardziej interesujących i najwdzięczniejszych działów chirurgji nowoczesnej.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Protokół z konferencji odbytej w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych dnia 21 listopada 1933 r. w sprawie ujednostajnienia prac nad statystyką wodociągów i kanalizacji w Polsce.

Posiedzenie zagaił inż. Z. Rudolf, witając uczestniczących w konferencji przedstawicieli urzędów i instytucyj społecznych oraz uzasadnił inicjatywę Min. Spr. Wewnętrznych w kierunku zwołania konferencji.

Skolei inż. W. Stanisławski wygłosił odpowiedni referat.

W dyskusji nad powyższym referatem zebrani wypowiedzieli się jednomyślnie, że koordynacja pracy wszystkich czynników pracujących nad statystyką wodociągowo-kanalizacyjną jest konieczną.

W związku z powyższem uchwalono powołać do życia Komisję Statystyczną, która zajmie się zestawieniem i uzupełnieniem materjałów, które zostaną jej dostarczone przez instytucje reprezentowane w Komisji przez swych przedstawicieli. W skład wymienionej Komisji statystycznej weszli: z ramienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych:

p. Mateusz Siwik — Dep. Samorządowy Min. Spr. Wewn., p. inż. Witold Stanisławski — Dep. Techniczno-Budowl. M. S. Wewn., p. K. Romaniuk — Główny Urząd Statystyczny, p. dyr. Ludwik Piekarski — Polski Instytut Wodociągowo-Kanalizacyjny, p. inż. Ign. Piotrowski — Zrzeszenie Gaz. i Wodociągowców Polskich i Stow. Techników Polskich, p. dyr. inż. Józef Konopka — Związek Gospodarczy Gazowni i Zakładów Wodociągowych w P. P.

Komisję Statystyczną zwoła w. najbliższym czasie Polski Instytut Wodociągowo-Kanalizacyjny.

Przewodniczący: *Inż. Z. Rudolf.*

Protokół VI posiedzenia Podkomisji Rzeczoznawców przy Międzyministerjalnej Komisji Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem z dnia 23 marca 1934 r. w Departamencie Techniczno-Budowlanym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Przewodniczący: inż. Z. Rudolf.

Posiedzenie zagaił inż. Z. Rudolf, jako Przewodniczący Podkomisji Rzeczoznawców, witając zebranych i dziękując za liczne przybycie.

1. Odczytano protokół z V posiedzenia Podkomisji Rzeczoznawców z dnia 20. XII. 1932 r., który po uzupełnieniu zgłoszonem przez dr. Kulmatyckiego przyjęto.

Następnie odczytano protokół z III. posiedzenia Międzyministerjalnej Komisji Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem.

2. Przewodniczący podał do wiadomości, że,

a) Prof. Gądzikiewicz z Krakowa zrezygnował z godności członka Podkomisji Rzeczoznawców; Przewodniczący odczytał odnośne pismo profesora Gądzikiewicza i odpowiedź Min. Spraw Wewnętrznych.

b) Po nadesłaniu opinji przez Panów Przewodniczących Międzywojewódzkich Komitetów sprawa wzorowego regulaminu Międzywojewódzkich Komitetów Ochrony Rzek będzie zadecydowana przez Ministerjalną Komisję Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem.

c) Wobec powstania działu techniki sanitarnej w Muzeum Przemysłu i Techniki należałoby przygotować materjał wystawowy z dziedziny ochrony rzek przed zanieczyszczeniem z utrwaleniem na mapach wyników dotychczasowych prac.

d) Zgodnie z uchwałami, powziętemi na III. posiedzeniu Międzyministerjalnej Komisji Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem, wystąpiono do zainteresowanych Ministerstw o udział w finansowaniu badań rzek. Jedynie Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego postanowiło udzielić w bieżącym roku budżetowym subwencji na te badania.

e) Wydanie rozporządzenia o „normach ścieków" jest narazie wstrzymane, gdyż wydział prawny jest zdania, że przepisy te powinny być ogłoszone razem z rozporządzeniem o zasadach projektowania oczyszczalni ścieków.

f) W myśl uchwał Międzyministerjalnej Komisji Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydało zarządzenie Panom Wojewodom, aby do udziału w dochodzeniach wodno-prawnych byli zapraszani lekarze powiatowi.

g) Wystąpiono z wnioskiem do Pana Ministra Spraw Wewnętrznych o zmianę dotychczasowej nazwy „Międzywojewódzka Stała Komisja Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem w Krakowie" na nazwę „Międzywojewódzki Komitet Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem w Krakowie".

W dyskusji nad komunikatami, członkowie rzeczoznawcy wypowiedzieli się jednomyślnie, że wydany okólnik o udziale lekarza powiatowego przy dochodzeniach wodno-prawnych jest bardzo celowy.

Inż. Szniolis i Żarnecki zgłosili następujący wniosek w związku z punktem 5 komunikatów:

„Podkomisja Rzeczoznawców jest zdania, że jaknajszybsze wydanie w formie obowiązującego władze wodne i strony zarządzenia przyjętych już norm, o warunkach jakim powinny odpowiadać ścieki i wody zanieczyszczone nadające się do wpuszczania do zbiorników wód powierzchniowych, jest bezwzględnie konieczne, ponieważ brak tychże norm powoduje lukę w podstawach prawnych i uniemożliwia orzekanie przez władze wodne o szkodliwości danego ścieku na wody publiczne, hamując przez to akcję ochrony rzek przed zanieczyszczeniami i powodując duże straty.

Podkomisja uważa, że wydanie tych norm nie powinno w każdym razie być uzależnione od ewentualnego opracowania i wydania rozporządzenia o podstawach projektowania urządzeń oczyszczających, które zasadniczo, zdaniem Podkomisji, nie są konieczne".

Wniosek powyższy jednomyślnie przyjęto.

Zgodnie z powyższym wnioskiem Podkomisja uznała za konieczne i celowe natychmiastowe wydanie rozporządzenia ministerjalnego o normach ścieków.

W związku z punktem 7 komunikatów Przewodniczącego — przedstawiciele Międzywojewódzkiej Stałej Komisji Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem w Krakowie (prof. Spiczakow i inż. Żarnecki) wyrazili zgodę na zmianę nazwy „Komisji" na „Komitet".

3. Skolei kierownik Placówki naukowo-badawczej w Warszawie, inż. Przyłęcki, złożył sprawozdanie z dokonanych prac.

4. Następnie kierownik Placówki Badawczej w Bydgoszczy, dr. Kulmatycki, omówił badania swej pracowni.

W dyskusji dr. Kulmatycki wyjaśnił, że już widzi się skutki badań rzek; nadmienił jednak, że na terenie jego działalności spotyka nieraz świadomą kontrakcję ze strony przemysłu. Omawiano również sprawę, czy placówka naukowo-badawcza powinna udzielać wskazówek, jak należy rozwiązywać w poszczególnych przypadkach sprawę usuwania ścieków z danego zakładu przemysłowego. Przewodniczący inż. Rudolf wyjaśnił, że do normalnych zadań placówki nie należy wskazywanie metod oczyszczania ścieków; również ustawa wodna mówi, że strona sama we własnym zakresie winna urządzić odpowiedni system oczyszczania ścieków, a odnośne władze zatwierdzają projekt oczyszczalni, który winien być sporządzony zgodnie z wymaganiami nauki, praktyki i obowiązujących przepisów.

5. Dalsze sprawozdanie składa prof. Spiczakow, jako kierownik Placówki naukowo-badawczej w Krakowie.

6. Omówiono sprawę zestawień kartograficznych źródeł zanieczyszczenia rzek.

7. Następnie przystąpiono do uzgodnienia wysokości opłat za analizy chemiczne, bakterjologiczne, hydrobiologiczne i tlenowe. Inż. Szniolis zaproponował następujące normy opłat, stosowane przez Państwowy Zakład Higjeny: analiza chemiczna pobieżna 15—30 zł, analiza szczegółowa 30—60 zł, analiza bakterjologiczna 15 zł, opinja fachowa 10—25 zł, orzeczenie 75 zł. Prof. Spiczakow wskazuje na duże trudności przy tego rodzaju rozwiązaniu sprawy opłat. Po dyskusji Podkomisja uchwaliła jednomyślnie pozostawienie wysokości opłat podanych w protokóle z IV. posiedzenia Podkomisji Rzeczoznawców z dnia 29. IV. 1932 r.

8. W związku z punktem 6 porządku dziennego omawiano sprawę ujednostajnienia metod badania wód i ścieków.

9. Nadto omawiano sprawę publikowania sprawozdań z badań rzek, rolę placówek badawczych przy dochodzeniach wodno-prawnych, sprawę budżetów placówek badawczych na rok 1934/35 i program prac na rok 1934/35.

10. W wolnych wnioskach prof. Spiczakow zaproponował, aby w miejsce prof. Gądzikiewicza, który ustąpił z Podkomisji Rzeczoznawców Międzyministerjalnej Komisji Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem, zaproszono dr. Eisenberga, kierownika Krakowskiego Oddziału Państw. Zakładu Higjeny. Przewodniczący inż. Z. Rudolf postawił kandydaturę prof. dr. A. Safarewicza z Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Po *dyskusji* uchwalono wystąpić z wnioskiem na następne posiedzenie Międzyministerjalnej Komisji Ochrony Rzek przed zanieczyszczeniem o zaproszenie na członka Podkomisji Rzeczoznawców prof. dr. A. Safarewicza.

Przewodniczący Podkomisji Rzeczoznawców:
Kier. Referatu Techn. Sanit. w Min. Spr. Wewn.: *Inż. Z. Rudolf.*
Sekretarz Podkomisji: *T. Kowalczyk.*

Posiedzenie lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 22 lutego 1934 roku.

Przewodniczący: Dr. K. Mitkiewicz.

Doc. dr. E. Reicher wygłasza referat p. t.: *„Znaczenie społeczne cierpień gośćcowych"*.

Statystyczne zestawienia ubezpieczalni i kas chorych zwróciły w ostatnich dziesiątkach lat uwagę na społeczne znaczenie cierpień gośćcowych i gośćcowatych. Statystyka ubezpieczalni krajowej w Poznaniu wykazała, że w roku 1926 renty pobierane spowodu cierpień stawowych i genetycznie tak często z niemi związanych chorób serca prawie pięciokrotnie przewyższały świadczenia spowodu gruźlicy. Podobne stosunki stwierdzono w niemieckich i angielskich ubezpieczalniach. W Szwecji według zestawienia Kahlmetera odsetek inwalidów spowodu gruźlicy dochodzi do 5,8%, spowodu cierpień gośćcowych aż do 9,1%. Wszystkie te dane wskazują, że z punktu widzenia społecznego cierpienia stawowe mają znaczenie donioślejsze od gruźlicy; gruźlica bowiem, wytrącając chorych na pewien okres czasu z życia normalnego albo się kończy wyleczeniem i powrotem chorych do pracy, albo też śmiercią. Chorzy z cierpieniami gośćcowemi natomiast żyją długie lata, będąc często całkowicie albo częściowo niezdolnymi do pracy. Dotychczasowe metody leczenia chorych gośćcowych są nieustalone, niepewne; stoi to w związku z niedającą się często ustalić etjologją chorób stawowych. Dokładne różniczkowanie tych chorób jest bardzo trudne, gdyż zupełnie podobne do siebie zmiany anatomo-patologiczne i klinicznie podobny przebieg występują w przebiegu cierpień etjologicznie całkowicie odrębnych. Z tego też względu dla różniczkowania i rozpoznawania cierpień stawowych tak wielkie znaczenie posiada najbardziej szczegółowe uwzględnienie ich etjologji i dlatego też współczesne klasyfikacje cierpień gośćcowych opierać się muszą głównie na danych etjologicznych. Jedną, z tego punktu widzenia, z najściślejszych, najbardziej logicznych jest klasyfikacja cierpień gośćcowych, opracowana przez prof. W. Orłowskiego, którą referentka dokładniej omawia. Nowoczesne badania nad cierpieniami stawowemi wykazują, że sprawy te nie mają jednolitego klinicznego podłoża, że są one objawami, mogącemi powstać na tle najprzeróżniejszych cierpień. Dużą rolę w etjologji odgrywają choroby zakaźne, przedewszystkiem zakażenie reumatyczne i gruźlica, pozatem jednak przyczyniają się w znacznej mierze do powstania chorób stawowych i cierpienia inne, jak zaburzenia dokrewne, wegetatywne, dużą rolę odgrywają procesy zużycia i nadmiernego obarczenia stawów, zaburzenia przemiany materji i t. d. Referentka omawia bliżej poszczególne grupy cierpień stawowych, kładąc nacisk na konieczność ich zwalczania już w okresie życia szkolnego.

W dyskusji dr. Borowska zapytuje, jaki ma wpływ temperatura powietrza na powstawanie gośćca i czy nieodpowiednie obuwie i okrycie nóg dzieci nie może być często przyczyną tego cierpienia.

Dr. Domosławska interesuje się środkami zapobiegawczemi przeciw gośćcowi i wspomina, że są próby stosowania naświetlań lampą kwarcową w celach uodpornienia.

Dr. Nitkiewicz zwraca uwagę na częstość i wielopostaciowość gośćca na Polesiu i zapytuje, czy czynione są badania specjalne na wymienionym terenie.

Doc. Dr. Reicher wyjaśnia, że gościec powstaje często w klimacie chłodnym i wilgotnym, jak np. w Anglji; w klimacie południowym, np. we Włoszech, mimo że mieszkania zimną są dość zimne i wilgotne, gościec jest bardzo rzadki. Nie należy zaniedbywać najmniejszych nawet dolegliwości stawowych i w wypadkach wątpliwych stosować badania kliniczne, próbę na opadanie krwinek.

W Warszawie przy II. Klinice Wewnętrznej istnieje poradnia dla cierpień reumatycznych.

Dla zapobiegania cierpieniom gośćcowym ważne ma znaczenie zwracanie uwagi na higienę jamy ustnej, usuwanie ognisk zakażenia (migdały), leczenie przewlekłych katarów nosa, przewlekłych zakażeń jelita grubego (zaparcia).

Konieczne jest unikanie znaczniejszych wysiłków fizycznych po anginie. Tam, gdzie bóle stawowe utrzymują się dłużej, należy ostrzec przed nadużywaniem chorych stawów.

Leczenie powinno się rozpocząć bardzo wcześnie i to od dużych dawek salicylanu sodu. Preparaty złota, stosowane we Francji, dają dobre wyniki, ale są bardzo drogie.

Regjonalne występowanie gośćca w Polsce nie jest jeszcze zbadane; zamierzone są te badania w rozmaitych ośrodkach i częściach kraju.

Sprawozdanie z posiedzenia lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 22 marca 1934 roku.

Przewodniczący: Dr. K. Mitkiewicz.

Dr. W. Piotrowska wygłosiła odczyt pod tytułem: *„Kultura i wychowanie erotyczne"*.

Na wstępie prelegentka podkreśliła ważność poruszonego zagadnienia ze względu na akcję profilaktyczną, rozwijaną przez lekarzy szkolnych i obecny kryzys kulturalny. Przechodząc do tematu, określiła pojęcie kultury jako zdolności współczucia, współczynienia, współżycia; ustaliła dwie ściśle zespolone ze sobą funkcje erotyki: biologiczną i uspołeczniającą. Kulturą erotyczną nazwała ukształtowanie popędów zgodne z omówionemi funkcjami erotyki. Powołując się na wyniki prac Freud'a, Adler'a, Pawłow'a i Minkiewicza, stwierdziła, że biologja i psychologja współczesna dają podstawy naukowe dla nabycia tak pojętej kultury erotycznej. Sposobami jej zdobywania są i mogą być jedynie następujące procesy psychiczne: wyparcie czasowe w podświadomość *(Verdängung)* t. j. przedłużenie naturalnej amnezji popędów erotycznych i ich odprowadzenie, sublimacja tych popędów.

W ramach tych procesów psychicznych odbywa się i odbywać się musi wychowanie erotyczne.

W drugiej, praktycznej, części odczytu referentka wskazała na błędy współczesnego wychowania wogóle, ze specjalnem uwzględnieniem kultury erotycznej. Do błędów kardynalnych zaliczyła:

1) brak ciągłości wychowania erotycznego w rozmaitych stadjach rozwoju psychicznego dziecka (wiek przedszkolny, szkolny, młodzieńczy),

2) brak wskazań pozytywnych przy stosowaniu jedynie wskazań negatywnych.

Referentka, rozpatrując braki współczesnego wychowania erotycznego. stwierdziła, że mąci je przedewszystkiem fikcyjny przywilej płci męskiej, istniejący w atmosferze wychowawczej dziecka od wczesnego dzieciństwa i prowadzący w późniejszych stadjach rozwojowych do przekształcenia erotyki w walkę płci zamiast w ich solidarność. Za drugi czynnik, mącący wychowanie erotyczne, prelegentka uznała ciężar, jakim obarcza dziecko przywilej wieku i doświadczenia t. j. wygórowany autorytet dorosłych oraz tajemniczość spraw płci. Wreszcie za trzeci błąd uznany został zupełny brak istnienia świadomie kształtowanego i unoszącego się w atmosferze wychowawczej ideału erotycznego.

Pokrótce naszkicowała referentka sposoby unikania tych błędów w rodzinie i szkole oraz skreśliła wytyczne wychowania erotycznego, oparte na wzajemnej współpracy domu i szkoły. Bardziej szczegółowo omówiła sprawę uświadomienia i kształtowania ideału erotycznego. (Streszczenie własne).

Po odczycie rozwinęła się ożywiona dyskusja.

Dr. Leśkiewiczowa zwraca uwagę, że dzieci zwłaszcza w mieście prędzej dojrzewają i same się uświadamiają. Rodzice najczęściej nie zdają sobie sprawy z tego, pobudzają erotykę u dzieci przez rozmowy nieodpowiednie w ich obecności, prenumerowanie pism brukowych, tygodników niepoważnych. Należy więc najpierw uświadamiać rodziców i zająć się tą akcją w szkołach, zwłaszcza męskich.

P. Bogdanowicz sądzi, że zagadnienia poruszonego przez prelegentkę nie można uzasadniać tylko biologją; uważa obie definicje kultury za niejasne. Uświadamiać należy w różny sposób, a brać w tem udział powinni zarówno wychowawcy, jak lekarze i rodzice.

Dr. Majewska uważa, że uświadomienie należy rozłożyć na lata, z kwestji uświadomienia nie należy robić tajemnic. Rodzice, lekarze i wychowawcy powinni ze sobą współdziałać.

Dr. Sokal zwraca uwagę na fakt różnego ustosunkowania się dziecka do tego zagadnienia z punktu widzenia przyrodniczego i w stosunku do siebie samego. Trudno wskazać konkretnie, jak i kto ma uświadamiać, w każdym razie lekarz sam nie jest w stanie tego zrobić.

Dr. Niewiński uważa, że niwelowanie różnic płciowych raczej utrudnia wychowanie.

P. Wizytatorka Michałowska protestuje przeciwko powiedzeniu o barbarzyństwie seksualnem wśród młodzieży. Młodzież dzisiaj nie jest gorsza pod tym względem, stoi raczej wyżej, niż dawniej. Młodzież dzisiaj jest wysublimowana przez sport. Jest raczej brutalna w słowach, ale nie w czynach. Aby dobrze podejść do sprawy należy zdobyć zaufanie młodzieży.

Dr. Mitkiewicz: jako wnioski z referatu i dyskusji proponuje wprowadzenie do programu przyrody kl. IV. gimnazjal-

nej wiadomości z omawianej dziedziny, które opierałyby się na wiadomościach zdobytych w kl. I. i II. Z nauki o roślinach, zwierzętach, położenie nacisku na zagadnienia dziedziczności, eugeniki.

Należy dążyć do tego, aby w uświadamianiu młodzieży nie było kolizji między domem a szkołą, w tym celu pouczać rodziców, stworzyć odpowiednie publikacje dla nich, a także dla lekarzy, wychowawców.

Dr. Piotrowska *w odpowiedzi:* p. Bogdanowiczowi przyznaje rację, ale jako lekarz musi stać przedewszystkiem na stanowisku biologicznem, Dr. Niewińskiemu — zwraca uwagę, że chodzi jej o równe traktowanie płci, unikanie t. zw. podwójnej moralności; p. wizyt. Michałowskiej — podkreśla, że barbarzyństwo seksualne u młodzieży polega dzisiaj na haśle: *„carpe diem"*; sięga ono głęboko; sport pozwala tylko częściowo odprowadzać młodzież od tego zagadnienia. Młodzież za mało pracuje nad sobą, nad wyrobieniem woli, hartu, z drugiej strony ulega stale drażnieniu, (literatura, tygodniki, kino); wychowanie ideału musi być przeprowadzone celowo.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół V posiedzenia naukowego odbytego dnia 22 lutego 1935.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Nowicki: *przedstawia i omawia następujące preparaty anatomo-patologiczne:*

a) *Miednicę, dotkniętą próchnieniem wysokiego stopnia na tle ziarnicy złośliwej.* Pochodzi ona od 43-letniego mężczyzny z typowemi zmianami ziarniczemi gruczołów limfatycznych klatki piersiowej i jamy brzusznej, a także śledziony. Nadto w obrębie obu talerzy biodrowych stwierdzono rozlane bujanie tkanki ziarniczej z następowem próchnieniem talerzy biodrowych od strony wewnętrznej. Prelegent omawia szczególnie złośliwe postacie ziarnicy złośliwej i przedstawia na ekranie szereg obrazów z przypadków przez siebie spostrzeganych, w których sprawa przypominała w wysokim stopniu sprawę złośliwą nowotworową, m. i. z rozległem próchnieniem ciał kręgowych.

b) *Przypadek tętniaka rozdzielczego, części piersiowej i bez połączenia z nią części brzusznej tętnicy głównej.* Sprawa skończyła się śmiertelnie przebiciem następowem do worka osierdziowego. Tętniaki powstały u mężczyzny 28-letniego z kłębuszkowem przewlekłem zapaleniem nerek z nadciśnieniem. Tętniaki powstały wskutek pęknięcia błony wewnętrznej, prawdopodobnie na 3 dni przed śmiercią. W przypadku tym odłuszczyła się błona wewnętrzna pod postacią rurek w części piersiowej do 7 cm długiej, w części brzusznej do 9 cm.

c) *Przypadek ostrej niedrożności jelita biodrowego wywołanej zatkaniem jego światła przez kamień żółciowy* ciężaru 42 g u kobiety 77-letniej. Śmierć nastąpiła z zapalenia otrzewnej po przebiciu jelita w miejscu zatkania. W przypadku tym prelegent stwierdził zupełne zarośnięcie pęcherzyka żółciowego, bardzo zmniejszonego i zawierającego kilka małych kamyczków. Pęcherzyk był połączony zrostami z dwunastnicą, w jednem miejscu nieco wypukloną; mimo dokładnego oglądania nie można było jednak stwierdzić żadnej komunikacji z zarosłym pęcherzykiem ani z jakąkolwiek pętlą jelita cienkiego. Prelegent omawia sprawę niedrożności jelit na tle zapchania światła ich przez kamień żółciowy, w szczególności mówi o jego mechanizmie i sposobach dostania się kamienia do jelita. Ze względu na wymiary kamienia, nie może przyjąć przedostania się jego przez naturalne drogi żółciowe do dwunastnicy, aczkolwiek dolna część przewodu wspólnego żółciowego była rozszerzona w miernym stopniu. Musiało nastąpić przed kilkunastoma tygodniami przebicie do dwunastnicy, mimo że obecnie nie można wykazać wyraźnie miejsca przebicia. Postać i wygląd kamienia odpowiada najzupełniej kamieniowi żółciowemu. Klinicznie pojawiały się od przeszło 2 miesięcy systematyczne objawy niedrożności jelita, ustępujące.

W dyskusji: Kol. Rencki omawia obraz i przebieg kliniczny przedstawionego przez kol. Nowickiego przypadku, podkreślając trudności rozpoznawcze. Następnie omawia objawy kliniczne postaci kostno-okostnowych zmian ziarniczych, podnosi stosunkową rzadkość tych zmian w materjale Kliniki Lwowskiej (10%).

Kol. Grabowski: przedstawia rentgenogramy i omawia różnorodne zmiany stwierdzane w układzie kostnym przy ziarnicy. Są to albo zmiany kościogubne, albo kościotwórcze lub formy mieszane. Sam obraz radjologiczny nie jest patognomoniczny dla ziarnicy. Wykazanie zmian ziarniczych w kościach niezawsze jest możliwe przy badaniu radjologicznem, jeśli zmiany te nie doprowadziły do większych zniszczeń beleczek kostnych.

Ponadto w dyskusji biorą udział: Kol. Schramm, Jankowski, Ostrowski i Pisek.

W odpowiedzi Kol. Nowicki.

2. Kol. Groër wygłasza wykład pod tytułem: *„Objektywne kryterjum działania środków leczniczych w kile".* (Rzecz ukaże się drukiem w całości w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji: Kol. Bretschneider podaje w uzupełnieniu wykładu Prof. Groëra charakterystykę materjału kiłowego, jakim dysponował przy przeprowadzeniu doświadczeń demonstrowanych na dzisiejszym wykładzie.

Podkreśla jako dodatnią cechę wspomnianego materjału kiłowego jego jednolitość pod względem wieku oraz jednakowe warunki, wśród jakich swoje doświadczenia przeprowadzał. I tak wahał się wiek osobników badanych w granicach od 22 do 24 lat (większość — żołnierze), a dbano o to, aby warunki zewnętrzne (ciepłota otoczenia, odżywianie i t. d.) były jaknajbardziej ujednostajnione.

Następnie omawia stronę techniczną swoich doświadczeń, wskazując jako najodpowiedniejszy teren do zastrzyków śródskórnych symetryczne miejsca na plecach, przestrzegając przed robieniem bąbli morfinowych w miejscach przedstawiających się jako czerwone „halo". Ponieważ niejednokrotnie zdołał się przekonać, że w krótki czas po zastrzyku leczniczym (do 2 godz.) występuje reakcja chwilowo zaciemniająca odczyn ogólny, zaleca wykonać doświadczalne bąble w dniach wolnych od zabiegów leczniczych.

Kol. Hołobut W. podnosi, że sposób wyrażania cech charakterystycznych ustroju żywego dwoma parametrami, które równocześnie dają nam charakterystyczną hiperbolę zależności reakcji organizmu, czy tkanki żywej od obu wielkości jej składowych (w materjale prof. Groëra *susceptabilitas et reactivitas)* ma oddawna w fizjologji swe szerokie zastosowanie. Mianowicie przy mierzeniu cech pobudliwości mięśni lub nerwów lub też innych tkanek prądem stałym, pobudliwość badanej tkanki przedstawiamy zawsze pod postacią hiperboli, której parametry tworzą z jednej strony natężenia prądu użytego w badaniu, z drugiej zaś czas jego trwania przepływu przez tkankę. Ta chronaksymetryczna metoda została uogólniona i na inne tkanki pobudliwe ustrojów pozostających na różnym szczeblu rozwoju filogenetycznego i w ten sposób ustanowione prawa pobudliwości noszą charakter praw ogólnych przyrody. Tem też większego znaczenia nabierają badania przedstawione nam przez prof. Groëra, jako zgodne w wynikach z ogólnemi prawami pobudliwości. Wkońcu kol. Hołobut proponuje, by analogicznie do badania chronaksji wziąć za podstawę pomiarów reaktywności skóry przebieg czasowy zjawisk. Wreszcie kol. H. przypomina, że podniesionemu przez prelegenta rozróżnieniu między *susceptabilitas* a *reactivitas*, jako miarami pobudliwości, odpowiada znane fizjologom pojęcie labilności (Uchtomski) i pobudliwości w starem tego słowa znaczeniu.

Kol. Hescheles: Na materjale, pochodzącym z przychodni przeciwkiłowej przy Klinice Pedjatr. U. J. K. we Lwowie wykonaliśmy (wspólnie z Kol. Brettschneiderem) próby zastosowania praktycznego metody zwanej „patergometrją" wedle przesłanek teoretycznych podanych przez prof. Groëra. Materjał ten, obejmujący najróżnorodniejsze tak pod względem przebiegu klinicznego, jak i prognozy przypadki kiły wrodzonej, nadawał się znakomicie do sprawdzenia zgodności wyników „patergometrji" z wynikami badań dotychczas ogólnie uznanych jako kryterjum stanu uleczalności i prognozy kiły wrodzonej, t. j. badań serologicznych, płynu mózgowo-rdzeniowego i inteligencji.

Z obszernego tego materjału, pozostającego w ścisłej obserwacji od czasu założenia wyżej wymienionej przychodni, t. j. począwszy od r. 1920 wybrano do tego celu następujące grupy: a) grupę przypadków, uważanych klinicznie za wyleczonych, b) grupę przypadków klinicznie bezobjawowych, serologicznie ujemnych, jednakże w niedostatecznie długiej obserwacji, c) grupę przypadków opornych na intensywne leczenie przeciwkiłowe, d) grupę przypadków znajdujących się w okresie leczenia.

Wedle naszych przewidywań, przypadki grupy a) (t. j. klinicznie wyleczone) winny były oddziaływać podobnie, jak osobnicy zdrowi, t. j. *homodynamicznie,* inne zaś, w szczególności przypadki oporne na leczenie (grupa c) powinny były dać wyniki, leżące w sferze pleostezji. Nasze przewidywania zostały po największej części sprawdzone wynikami patergometrji. W szczególności na 30 przypadków kiły wrodzonej badanych tą metodą okazało się:

11 przypadków homodynamicznych, w czem wszystkie bez wyjątku należały do grupy a), t. j. do grupy dzieci rejestrowa-

nych jako klinicznie wyleczone, przyczem czas obserwacji klinicznej wynosił od 3 lat do 12 lat. — 5 przypadków, należących również do grupy a) dało wyniki zbliżone do homodynamji, jednakże leżące już w sferze pleostezji (w t. zw. „kolanku homodynamicznem"). Reszta, t. j. 14 przypadków, należących do grup b), c) i d), dała wyniki leżące zdecydowanie w sferze „pleostezji".

Tak więc w badanych 30 przypadkach kiły wrodzonej wyniki badań klinicznych, serologicznych, płynu mózgowo-rdzeniowego i inteligencji wykazały zgodność z wynikami badań metodą patergometrji.

Kol. Nadel: Wszelkie próby stworzenia odczynu, mogącego dać nam jakiekolwiek wskazówki, dotyczące stanu zakażenia kiłowego chorego, należy przyjąć z uznaniem. Nie sądzę, że dotychczasowe dostępne nam badania kliniczne są wystarczające. Wiemy dobrze, jak często mimo długiego okresu utajenia, po długim okresie ujemnych odczynów serologicznych krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, mogą niespodzianie wystąpić ciężkie objawy kiły centralnego systemu nerwowego. Wyniki, o których tu słyszeliśmy są bardzo interesujące i być może, że przy dalszych badaniach na wielkim materjale chorych okaże się, że odczyn ten posiada w rzeczywistości wartość rozpoznawczą, czy prognostyczną.

W większym stopniu, aniżeli wyniki, interesuje mnie część teoretyczna odczynu. Szanowny prelegent zaznaczył na wstępie, że zdolność oddziaływania organizmu i jego wrażliwość na pewne bodźce są zupełnie odmiennemi właściwościami, że obydwie te właściwości nie są ze sobą sprzężone. Sądzę, że wszyscy się na to zgodzimy. Zdolność oddziaływania ustroju na pewien jad, w tym wypadku na śródskórny zastrzyk morfiny, mierzymy wielkością bąbla, natomiast wrażliwość organizmu, która wedle definicji prelegenta jest czemś abstrakcyjnem, mierzy się znowu stosunkiem pojedynczych odczynów na rozmaite stężenia morfiny. Mam wrażenie, że w tem tkwi pewien błąd. Czy wolno nam mierzyć wrażliwość skóry wielkością bąbli lub ich stosunkiem, podobnie jak mierzymy zdolność oddziaływania? Jeżeli wrażliwość skóry, czy osobnika wogóle, na pewien jad jest czemś, co nie idzie zawsze w parze z wielkością i jakością odczynu, natenczas mierzenie wrażliwości stosunkiem wielkości lub jakości odczynów na rozmaite stężenia nie jest niczem innem, jak znowu mierzeniem zdolności oddziaływania. A to sprzeciwia się założeniu, podanemu nam na początku wykładu przez prelegenta.

Te wątpliwości, dotyczące teorji tego odczynu, nie muszą jednakże wpływać na praktyczną wartość jego. Jest bardzo możliwe, że w praktyce mimo teoretycznych niezgodności, odczyn jest bardzo wartościowy, podobnie jak szereg znanych reakcyj, których podłoże teoretyczne z biegiem lat uległo znacznym zmianom.

Nadto w dyskusji biorą udział Koledzy: Goldschlag, Tomanek i Fell.

W odpowiedzi końcowej przemawia Kol. Groër.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Protokół VI posiedzenia naukowego odbytego dnia 1 marca 1935.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Rencki przedstawia: a) *przypadek ziarnicy u mężczyzny 50-letniego,* u którego przy początkowej obserwacji stwierdzono guz gruczołowy śródpiersia, a następnie w ciągu leczenia wystąpiły krwiopochodne przerzuty ziarnicze do kości łonowej, talerzy biodrowych i główki kości ramieniowej. Po naświetlaniu zmiany te uległy rekonstrukcji.

b) *przypadek mężczyzny 32-letniego z ziarnicą gruczołów obwodowych i guzem śródpiersia,* u którego stwierdzono porażenie kończyn dolnych wskutek wrastania guza śródpiersia do kanału rdzeniowego bez zmian destrukcyjnych w kręgach. Po naświetleniu promieniami Roentgena nastąpiła znaczna poprawa. Chory rusza kończynami i chodzi.

2. Kol. Grek *przedstawia kobietę l. 51, z objawami ciężkiej niedokrwistości typu Biermera,* ze spadkiem liczby ciałek czerwonych do 670.000 i utrzymującemi się od szeregu tygodni zwyżkami ciepłoty dochodzącemi powyżej 38°. Ropienie w jednej z bocznych jam nosowych, utrzymujący się stale skurczowy szmer nad końcem serca, wyraźnie powiększona śledziona budziły podejrzenie na przewlekłe, posocznicowe zapalenie wsierdzia. Usunięcie ropienia w jamie nosowej na drodze operacyjnej, dwukrotne przetoczenie krwi oraz energiczne leczenie preparatami wątrobowemi *(Pernaemon)* poprawiły wkrótce ogólny stan chorej, liczba ciałek czerwonych wzrosła powyżej 4 miljon. przy obniżeniu się wskaźnika, ustąpił stan gorączkowy, znikły objawy przysłuchowe ze strony serca.

3. Kol. A. Falkiewicz przedstawia: *a) serję elektrokardjogramów z przypadku zawału mięśnia sercowego* u 62-letniego mężczyzny. Obserwację zaczęto w 4 godz. po wystąpieniu objawów zawału mięśnia sercowego, dzięki temu, że chory uległ zawałowi podczas przypadkowej bytności w Klinice w charakterze odwiedzającego. W pokazie zwrócił uwagę na charakterystyczne dla zawału mięśnia sercowego zmiany zespołu komorowego, zwłaszcza jego części następowej, oraz omówił pokrótce znaczenie i wartość elektrokardjografji dla rozpoznawania zwłaszcza późniejszych okresów zawału mięśnia sercowego i dla oceny jego stanu.

b) *17-letniego chorego z typowym obrazem rentgenowskim dużego ropnia środkowej części pola płucnego prawego* (wśród naciekłej tkanki obraz jamy z poziomem płynu), u którego od szeregu tygodni nie było żadnych objawów ogólnych (ciepłota ciała najwyżej 37,1°, 37,2°, brak odczynu leukocytowego ze strony krwi, chory nie odkrztuszał zupełnie, kaszlał mało, ogólny stan i samopoczucie dobre, z bardzo nieznacznemi objawami miejscowemi), skrócenie wypuku i dłuższy wydech u dolnej części przyśrodkowego brzegu łopatki i nieco poniżej kąta. Opierając się na wywiadach przypuszczać należy w przypadku demonstrowanym ropień pozapalny stary, który poprzednio przez pewien czas był otwarty (chory odkrztuszał wielkie ilości cuchnącej plwociny), ostatnio od szeregu tygodni niekomunikujący z oskrzelem i z tego względu budzący zainteresowanie.

Prelegent zwraca uwagę, że ropień ten należy na drodze chirurgicznego zabiegu opróżnić, mimo że nie sprawia chwilowo choremu dolegliwości ani też nie powoduje objawów ogólnych, a to ze względu na możliwość groźnych komplikacyj.

4. Kol. Długosz *przedstawia przypadek niedokrwistości hemolitycznej wrodzonej.* Chory lat 40. Od dzieciństwa blady. Od 18 roku życia tępe bóle i „zawadzanie" w lewem podżebrzu. W 32 roku życia lekarz stwierdził u chorego powiększenie śledziony i żółtaczkę. Obecnie chory nie ma dolegliwości, zgłosił się do Kliniki na polecenie lekarza. Badanie fizykalne: prawidłowa budowa, skóra blada z odcieniem żółtawym, żółtaczkowe zabarwienie twardówek. Podmuch skurczowy nad końcem serca, zresztą narządy klatki piersiowej fizykalnie i rentgenologicznie bez zmian. Wątroba sięga na palec niżej łuku. Śledziona od 8 do 11 żebra, ku przodowi do linji środkowej. Podobnie jak wątroba niebolesna. Płynu w jamie otrzewnowej ani obrzęków nie stwierdza się. W moczu stale brak barwików żółciowych i kwasów żółciowych, wybitna urobilinurja, obfity osad *(sedimentum lateritium),* mikroskopowo bez zmian. Kał ciemno-brunatny. W treści żołądkowej: brak kwasu solnego wolnego po podaniu 5% alkoholu w ilości 300 cm³ i po podskórnem wstrzyknięciu histaminy 0,001. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Badanie cytologiczne krwi: ciał. białych 8.600, c. czerwonych 3,338.000. Hb. 62%, I. 0,94. Neutr. segm. 70%, pał. 2.4%, kwasochł. 2.4%, tucz. 1.6%, limf. 18.8%, mon. 4.8%. Ciałka czerwone wykazują wybitną anizocytozę, są wogóle mniejsze, niż normalnie, przeciętna średnica wynosi 5,875 μ. Liczne mikrocyty, pojedyncze makrocyty, niektóre polichromatofilnie zabarwione, nieliczne poikilocyty, megalocytów brak. Pojedyncze normoblasty w preparacie, 68 retikulocytów na 1000 c. cz. Płytek: 321.000 w 1 mm³. Czas krwawienia i krzepnienia normalny. Oporność ciałek czerwonych na hipotoniczne roztwory soli zmniejszona: początek hemolizy przy 0,62, zupełna hemoliza przy 0,40. Bilirubina w surowicy krwi: 1,265 mg %. Odczyn bezpośredni na bilirubinę: ujemny. W treści dwunastnicowej 5,95 mg % bilirubiny (Ernst-Förster) przy normie 1—4,0 mg %. Próby funkcjonalne wątroby: z galaktozą i lewulozą (z badaniem poziomu lewulozy we krwi) ujemne. Odczyn Weltmanna w surowicy krwi: 8. Ponieważ chory jest od dzieciństwa blady, ponieważ jedna z sióstr chorego również była blada i miała powiększoną śledzionę, ponieważ dziecko chorego jest również blade, ma powiększoną wątrobę i śledzionę, we krwi niedokrwistość o typie identycznym, jak u chorego ojca — rozpoznano u chorego niedokrwistość hemolityczną rodzinną wrodzoną. Następnie omówił prelegent rozpoznanie różniczkowe, patogenezę i leczenie niedokrwistości hemolitycznej.

5. Kol. Goertz: *przedstawia przypadek bloku odgałęzienia (Arborisationsblok).* Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie stosunkowo współistnienie wady zastawek dwudzielnej i półksiężycowatych tętnicy głównej oraz zmian w układzie przewodnictwa, które wystąpiły w 30 lat po przebyciu zapalenia stawów, na tle miażdżycowem.

6. Kol. Frank-Pittowa *przedstawia rentgenogramy włókniaków torbielowych: a) główki kości ramieniowej, b) 2 przypadki o rzadkiem usadowieniu w żebrach,* omawiając rozpoznanie, przebieg kliniczny i leczenie tych zmian.

7. Kol. Grabowski wygłasza wykład p. t.: *„Radjoterapja ziarnicy złośliwej“*. (Rzecz ukaże się drukiem w Polskim Przeglądzie Radjologicznym).

W dyskusji: Kol. Wernicki zwraca uwagę, że wypadek *granuloma malignum* w formie wyłącznie śledzionowej objawami i obrazem klinicznym przypomina w wysokim stopniu chorobę egzotyczną kala-azar czyli leismaniozę, która od kilkunastu lat zagnieździła się endemicznie w południowej Francji i w Alpach nadmorskich, a wobec silnej emigracji naszych robotników do Francji i ich powrotu do Polski może być do naszego kraju zawleczona.

Rozpoznanie różniczkowe jest możliwe tylko przez zbadanie szpiku kostnego mostka po trepanacji lub punktatu śledziony, gdzie wykażemy łatwo ciałka Leismana pod mikroskopem.

Kol. Meisels: Należy ściśle odróżniać pomiędzy torbielowato-włóknistem zwyrodnieniem kośćca *(ostitis fibrosa cystica)*, a samotnemi torbielami kostnemi. Pierwsze jest reakcją kośćca na zaburzenie w przemianie wapniowej wywołane przez zmiany (gruczolaki) w przytarczycach, drugie natomiast jest miejscową ograniczoną zmianą w kości (reakcją?), powstającą pod wpływem nieznanego, czy też nieznanych jeszcze czynników. Za ścisłem odróżnianiem obu tych spraw chorobowych od siebie przemawiają następujące fakty: nie zauważono dotychczas przejścia torbieli samotnych w torbielowate zwyrodnienie kośćca, uogólnienia się tego ograniczonego schorzenia w schorzenie obejmujące cały, czy też większą część kośćca, nie udało się wykazać zmian w przytarczycach w przypadkach torbieli samotnych i nie uzyskano wyleczenia tej sprawy drogą działania na przytarczyce. Co się tyczy związku pomiędzy torbielami kostnemi, a guzami olbrzymiokomórkowemi, to istnieją obecnie dwie teorje: jedni jak Kienböck, Looser, Borak uważają obie te zmiany za rozmaite postacie tej samej sprawy chorobowej, a mianowicie za twory pourazowe, następstwa krwotoku wewnątrzkostnego i nadają też obu tym zmianom jedną nazwę *cystofibroma* (Kienböck), *granuloma* kostne (Borak). Inni natomiast, a zwłaszcza autorzy amerykańscy, jak Geschickter i Copeland są za oddzieleniem tych spraw od siebie, przedewszystkiem z punktu widzenia klinicznego. Guzy olbrzymiokomórkowe uważają za prawdziwe dobrotliwe nowotwory i genezę ich odnoszą do nadmiernej resorbcji zwapniałej chrząstki przez olbrzymie osteoklasty podczas wewnątrzchrząstkowych kostnień. Torbiele kostne są wprawdzie również związane genetycznie z procesem kostnień wewnątrzchrząstkowych i są pewnem zejściem końcowem tych przemian, ale do wzmożonej czynności resorbcyjnej komórek olbrzymich dołącza się tutaj pewien dodatkowy, nieznany jeszcze czynnik, uraz czy też jakieś zaburzenie odżywcze i dopiero na podstawie tych powikłanych zaburzeń powstaje torbiel. Główne różnice pomiędzy oboma temi schorzeniami w obrazie klinicznym są następujące: guzy olbrzymiokomórkowe występują u osób starszych, największa częstość przypada na okres pomiędzy 30 a 35 rokiem życia, wcale często występują też po 40 roku życia, a nawet i później, podczas gdy torbiele zdarzają się wyłącznie u osobników młodych i po 25 roku nie występują prawie nigdy; guzy olbrzymiokomórkowe rozwijają się w nasadach i rosną w kierunku poprzecznym, wypuklając nazewnątrz skorupkę kostną, którą nawet czasem przebijają; torbiele kostne powstają w częściach ponadnasadowych, rozwijają się w kierunku pionowym i wrastają w stanach późniejszych w trzony kości. Po złamaniach może nastąpić samowyleczenie się torbieli, co w guzach olbrzymiokomórkowych się nie zdarza. Na wpływ naświetlań są znowu guzy olbrzymiokomórkowe wrażliwsze od torbieli i można je ich działaniem wyleczyć, na torbiele natomiast nie mają naświetlania zazwyczaj tak silnego wpływu. Te różnice w przebiegu i obrazie klinicznym zmuszają do uważania tych schorzeń za odmienne sprawy, mimo wspólnego tła genetycznego. Co zaś do zwyrodnienia złośliwego, to jak doświadczenie poucza zdarza się ono bardzo rzadko w tych sprawach. W przeważnej ilości przypadków w których je zauważono, miano do czynienia z już pierwotnie złośliwą sprawą nowotworową, która tylko w obrazie radjologicznym wystąpiła pod postacią zmiany podobnej do torbieli lub guza olbrzymiokomórkowego. Przeważnie zachodzą pomyłki z t. zw. kościogubnemi postaciami mięsaków kostnych, których wygląd przypomina czasami obrazy tych schorzeń. Jednak należy liczyć się z tym faktem, że wyjątkowo może także i w nich wystąpić zwyrodnienie złośliwe, co też przyjmują zarówno zwolennicy zapatrywania, że są to twory ziarniniakowe, jak i też zwolennicy zapatrywania, że są to guzy dobrotliwe.

W dalszym ciągu dyskusji biorą udział Koledzy: Gąsiorowski i Tanne.

Odpowiadają Koledzy Grek i Falkiewicz.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół XXI posiedzenia naukowego z dnia 3 października 1934 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. W. Jakowicki.

Prof. Dr. A. Safarewicz wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr. Władysławie Bujalskim.

1. Dr. L. Achmatowicz *demonstruje chorego po usunięciu kamienia z miedniczki nerkowej.*

2. Dr. J. Kucharski demonstruje 2 chorych. 1) U chorego *z raną cięto-klutą poniżej łuku żebrowego lewego z uwięzgniętem przebitem jelitem zstępującem* — po zeszyciu cięcia środkowego laparotomijnego zeszyto jelito — kilka szwów na ranę i sączek. Przebieg gładki. 2) Chory operowany przed 3 laty spowodu raka prostnicy metodą kombinowaną (abdomino-transfinkteralną) zgłosił się *spowodu guza wielkości męskiej pięści w okolicy prawej jamy biodrowej,* który zauważył w kwietniu b. r. Laparotomja pararektalna. Usunięto guz, wychodzący z jelita ślepego łącznie z jelitem ślepem, wstępującem i odcinkiem jelita biodrowego. *Ileotransversostomia.* Sączek. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

3. Dr. W. Gilels *przedstawia chorą* S. Sz., lat 20, oraz *preparat żołądka usuniętego wraz z guzem* wielkości głowy dziecka, zrośniętym z krzywizną dużą żołądka. Od światła żołądka na krzywiźnie dużej widoczne są 3 owrzodzenia, leżące obok siebie. Badanie drobnowidowe guza dało obraz nietypowy włókniaka w stanie obrzęku, wychodzącego z błony podśluzowej żołądka.

Szczegółowy opis przypadku podany będzie w druku.

4. Prof. Dr. K. Michejda demonstruje:

a) *chora z neuralgją gałązki szczękowej dolnej nerwu trójdzielnego (n. alveolaris inferior).* Nerw resekowano (sposobem Warren'a) przez otwór trepanacyjny w ramieniu wstępującem żuchwy. Wynik zabiegu był pomyślny. Nerwobóle ustały zupełnie.

b) Chorą J. Ł., lat 14, *po resekcji żołądka spowodu krwawiącego wrzodu.* Chora cierpiała od 2 lat na wrzód żołądka, przyczem objawem dominującym były bóle i krwawienia. Przed rokiem wystąpił silny krwotok, który doprowadził do ostrej niedokrwistości. Odtąd krwawienie stale się utrzymywało w formie utajonej. Ilość Hb — 42%. Przyczyną krwawienia był wrzód położony na krzywiźnie małej o średnicy 2 cm. Wykonano typową resekcję żołądka z wynikiem dobrym. (Preparat przedstawiono).

c) *Preparat guza nadnerczaka,* usuniętego u 48-letniej chorej. Klinicznie stwierdzono obecność guza przy istniejących bólach bez krwawień. Pyelografja wykazała, że nerka prawa jest zepchnięta ku dołowi. Sprawność lewej nerki prawidłowa. Zabieg operacyjny wykazał, że guz był prawie zupełnie oddzielony od nerki, którą spychał ku dołowi, wytwarzając na niej uciskowo zagłębienia. Ponieważ unaczynienie guza i nerki było wspólne, przeto pozostawienie nerki nie było możliwe. Na przekroju guz sprawia wrażenie guza mięsakowatego zwyrodniałego torbielowato. Stan chorej dobry. Przypadek zostanie szczegółowo opisany.

W dyskusji zabierał głos Dr. Achmatowicz.

5. Prof. Dr. K. Michejda wygłosił odczyt p. t.: *„Odma pęcherzykowa jelit“ (Pneumatosis cystoides intestini.* Praca na ten temat ogłoszona zostanie drukiem).

Prelegent stanął na stanowisku, że odma pęcherzykowa jelit ma wspólne pochodzenie z t. zw. gazowem zapaleniem otrzewnej i że w powstawaniu obydwu spraw chorobowych przedziurawienie wrzodu żołądka gra nieledwie decydującą rolę.

Powstanie ograniczonych pęcherzyków prelegent tłómaczy jako zejście nadmiernie w jamie brzusznej nagromadzonego gazu, przy upośledzonej zdolności resorbcyjnej otrzewnej. Prelegent uważa zatem odmę pęcherzykową jelit za sprawę wtórną. Pod względem klinicznym jest najczęściej nieszkodliwem, przytem rzadkiem zejściem cierpienia, które w największej liczbie przypadków jest groźnem dla życia (przedziurawienie wrzodu żołądka).

Mówiąc o leczeniu, prelegent ostro występuje przeciw resekcji zajętego odcinka jelitowego. Poleca natomiast doszczętne usunięcie pierwotnego schorzenia t. j. wrzodu żołądka, drogą resekcji żołądka.

W dyskusji: Prelegent podkreśla, że nie przypuszcza, aby wrzód żołądka był jedynem cierpieniem, które do odmy pęcherzykowej doprowadzić może. Sądzi, że warunki, które bardzo często stwarza wrzód żołądka, mogą w znacznie rzadszych przypadkach powstać na tle innych spraw chorobowych, jak zapalenia wyrostka robaczkowego, gruźlicy, promienicy przewodu pokarmowego i t. p.

W dyskusji zabierali głos Dr. B. Hanusowicz i Prof. Dr. W. Jakowicki, który zwraca uwagę na nadzwyczaj szybkie

wchłanianie się powietrza z jamy brzusznej po laparotomjach i odmach otrzewnowych. Nie wydaje się prawdopodobnem, by jedynie mechaniczne drażnienie przez bańki powietrza mogło doprowadzić do zapalnego otorbielania się pęcherzyków powietrznych. Sądzi, że w każdym przypadku *pneumatosis* raczej trzeba myśleć o powstawaniu gazu na tle bakteryjnem. Gaz ten gromadzi się prawdopodobnie w przestrzeniach międzytkankowych i w naczyniach chłonnych, analogicznie do tego, co się spostrzega w zapaleniu pochwy rozedmowem.

W odpowiedzi prof. Jakowickiemu, prelegent podkreśla, że nie zaprzecza infekcji pewnego wpływu na powstawanie odmy. Nie sądzi jednak, by wpływ ten był bezpośredni t. zn., by odma zależała od jakiegoś swoistego zakażenia. Przypuszcza natomiast, że infekcja, która na skutek przedziurawienia jamistego narządu rozwija się w jamie brzusznej, o ile nie doprowadza do śmiertelnego zapalenia otrzewnej, to jednak może w znacznym stopniu upośledzić zdolność resorbcyjną otrzewnej i tą drogą przyczynić się do niemożności wessania nagromadzonego w jamie brzusznej gazu i do jego ograniczenia.

6. Prof. Dr. J. Szmurło wygłosił odczyt p. t.: *„O uszkodzeniach promieniami Roentgena i radu w dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych"*.

Niszczące działanie promieni X i radu znane były od pierwszej chwili ich odkrycia. Przyjmowano, że słabe dawki tych promieni pobudzają działalność tkanek, większe zaś niszczą komórki i tkanki, na które działają. Ciągłe, choćby najsłabsze, naświetlanie ustroju odbija się na nim zgubnie wskutek kumulatywnego działania promieni, wywołując niegojące się owrzodzenia i wyniszczenie, doprowadzające wkońcu do śmierci. Ofiarą promieni X i radu padło wielu radjologów, a pośród nich najsławniejsi, jak Bergonie, Holzknecht i inni.

Zdawało się, że należyte zabezpieczenie miejsc naświetlanych przez dostatecznej siły filtry uchroni od uszkodzeń. Jednakże praktyka wykazała, że chociaż rzadziej jednakże zniszczenie tkanek po naświetlaniach występują wciąż zarówno przy zastosowaniu jednorazowych dużych dawek, powtarzanych po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, czy też przy stosowaniu dawek drobnych po kilka godzin dziennie w ciągu szeregu tygodni. Ta ostatnia metoda, zresztą jak wykazały obserwacje w ciągu szeregu lat, daje wyniki stosunkowo najlepsze i daje najmniej uszkodzeń.

Chociaż każdy radjolog ma w swojej statystyce uszkodzenia po naświetlaniach, jednakże do literatury lekarskiej opisy takich uszkodzeń przenikają rzadko. W dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych prelegent znalazł zaledwie 45 uszkodzeń, chociaż wiadomo, że krtań, naprzykład, należy do narządów bardzo wrażliwych na promienie X i gamma. Z owych 45 przypadków, 21 zakończyły się zejściem śmiertelnem, przyczem naświetlania zaledwie w kilku przypadkach były bezpośrednią przyczyną śmierci, w większości zaś powstał stan septyczny, który doprowadził do ostatecznego wyniszczenia organizmu lub też nastąpiła wznowa lub uogólnienie nowotworu.

Prelegent podaje opis 4 przypadków uszkodzeń ponaświetlaniowych. W 2 uszkodzenia powstały w okolicy migdałka i tylnej bocznej ściany gardła, po naświetlaniach promieniami X i gamma. Uszkodzenia przedstawiały się w postaci ogromnego rozpadu tkanki, który dotknął nawet ścianę jednej z wielkich tętnic szyi, powodując śmierć wskutek krwotoku. W drugim przypadku śmierć nastąpiła wskutek porażenia mięśnia sercowego spowodu zatoru powietrznego, zwyrodnienia tegoż mięśnia i generalizacji nowotworu. W 3 przypadku uszkodzenie dotknęło krtani chorej na raka, która była poddana szeregowi długo powtarzanych naświetlań (11500 R w 21 dawkach). Nastąpiła nekroza chrząstek, które wydzielały się przez szereg miesięcy. Śmierć wskutek wycieńczenia. W 4 przypadku nastąpiło późne uszkodzenie wyrostka sutkowego wskutek naświetlań długotrwałych migdałka spowodu raka. Nowotwór został zniszczony, ale długotrwałe naświetlania osłabiły żywotność tkanki kostnej wyrostka sutkowego i u chorego, cierpiącego na przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego rozwinęły się po 4 latach martwienia kostne, zakrzep w zatoce poprzecznej, wreszcie posocznica-ropnica, która przyczyniła się do zejścia śmiertelnego.

Autor rozpatruje dalej przyczyny owych uszkodzeń i znajduje je w pewnej nadmiernej wrażliwości ustroju na promienie X i gamma, zwłaszcza jeżeli naświetlaniu podlegają tkanki bogate w komórki bardziej wrażliwe na działanie promieni, do jakich należy gardło i krtań bogate w tkankę adenoidalną. Decydującą rolę odgrywają tu naczynia krwionośne, które często ulegają zwężeniu albo nawet zupełnemu zatkaniu, powodując obumarcie pozbawionej soków odżywczych tkanki.

Wreszcie autor zachęca do ogłaszania każdego przypadku uszkodzenia ponaświetlaniowego, gdyż tylko dokładna analiza każdego takiego przypadku pozwoli na uniknięcie tych ciężkich i niebezpiecznych następstw naświetlań. (Autoreferat).

Sekretarz: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

Protokół XXII posiedzenia naukowego z dnia 10 października 1934 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. W. Jakowicki.

1. Prof. Dr. K. Pelczar wygłosił odczyt p. t.: *„O nowych czynnikach w krzepliwości krwi"*.

Proces krzepnienia włóknika w myśl teorji zaczynowej zależy od przejścia protrombiny w trombinę pod wpływem cytozymu t. j. kefaliny i jonów wapnia. Autor stwierdził, że bardzo znaczną rolę w tym procesie odgrywa obecność nukleotydów zwłaszcza kwasu adenylowego, który przyśpiesza niepomiernie tworzenie się trombiny i tem samem proces krzepnienia.

W ustroju żywym *in vivo* sprawa ta zachodzi podobnie z tem, że uprzednie wstrzyknięcie zwierzęciu kwasu adenylowego, a następnie kefaliny skraca okres krzepnięcia krwi pobranej ze zwierzęcia, nietylko w okresie bezpośrednio po injekcjach, ale i w najbliższych 24 godzinach, czego kefalina sama nie czyni, ponieważ podanie kefaliny samej jakkolwiek sprowadza już po godzinie skrócenie czasu krzepnienia, to jednak przedłuża go następnie w przeciągu 24 i 46 godzin po zabiegu.

W dyskusji prof. Ejger zaznacza, że należy szukać związku między zjawiskami fizyko-chemicznemi, a pewnemi stanami odpornościowemi w procesie krzepnienia krwi i podkreśla ważność badań prof. Pelczara.

2. Dr. J. Zienkiewicz: *Przyczynek do wyników szczepień ochronnych B. C. G.*

Doświadczenia były przeprowadzane w Klinice Dziecięcej U. S. B. na świnkach morskich. Noworodkom świnek podawano doustnie po 20 mm³ B. C. G. Każde gniazdo podzielono na kontrolne i szczepione.

W pierwszej części doświadczeń (16 świnek — 8 szczepionych i 8 kontrolnych) wszystkie świnki zabijano po pewnym czasie i dokonywano rozbioru zwłok. Stwierdzono powiększenie gruczołów chłonnych krezkowych świnek szczepionych w porównaniu do gruczołów świnek kontrolnych. Histologicznie (Dr. Sumorok) nie stwierdzano zmian gruźliczych, tylko zatartą budowę, przerost i bujanie komórek aparatu siateczkowo-śródbłonkowego, czego nie dało się zauważyć w gruczołach świnek kontrolnych.

W drugiej części doświadczeń 38 świnek (19 szczepionych i 19 kontrolnych) zakażono prątkiem gruźlicy zjadliwej w rozmaitych odstępach czasu po zaszczepieniu. Świnki zakażone oddzielano w osobnych klatkach, gdzie przebywały w warunkach niezmienionych przez dalszy ciąg swego życia. Wszystkie świnki padły. W narządach świnek tak szczepionych, jak i kontrolnych stwierdzono wybitne zmiany gruźlicze. Świnki zakażone przed upływem 2 miesięcy od daty zaszczepienia padały wcześniej niż kontrolne, zaś zakażone po tym terminie zaszczepione żyły znacznie dłużej (niekiedy do 6 miesięcy). Szczupły materjał doświadczalny nie pozwala na wyciąganie pewnych wniosków. Pozwala jednak przypuszczać, że szczepienie, nie zabezpieczając przed zachorowaniem zwierząt na gruźlicę, podnosi jednak w znacznym stopniu zdolność obronną ich ustroju.

Ponadto też zwraca uwagę na bardzo dokładne przestrzeganie ścisłej izolacji osobników szczepionych w okresie poszczepiennym, kiedy (faza ujemna) ustrój zaszczepiony zdaje się być bardziej czuły na zakażenie prątkiem zjadliwym, czego dowodem jest wcześniejsze zdychanie świnek szczepionych, zakażonych przed upływem 2 miesięcy po szczepieniu.

W dyskusji: Doc. Dr. Bagiński, powołując się na swoje częściowo już ogłoszone prace nad prątkami B. C. G., podaje, że wbrew twierdzeniu szeregu autorów niemieckich prątki B. C. G. przechodzą przez nieuszkodzony nabłonek jelit; swoisty obraz *B. C. G-tis* referent stwierdzał około 25 dnia po zakażeniu dojelitowem, znacznie wcześniej po dożylnem.

Prof. Ejger przypomina, że Behring już dawno wypowiedział przypuszczenie o przepuszczalności śluzówki jelit.

Następnie zabierał głos prof. Jasiński.

Sekretarz: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Sekretarz Generalny Tow. Cytologji Doświadczalnej Pani Profesor Dr. Rhoda Erdmann zawiadamia, że najbliższy Kongres Międzynarodowy tego T-wa odbędzie się w Kopenhadze w Instytucie Prof. A. Fischera prawdopodob-

nie w sierpniu 1936. Dokładny termin będzie podany później. Wszystkie życzenia, jak i zgłoszenia na Zjazd uprasza się nadsyłać pod jej adresem: Berlin, Wilmersdorf, Nassauischestrasse 17. II.

Program III Kursu dla lekarzy z zakresu eugeniki ze specjalnem uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego zorganizowanego przez Państwową Szkołę Higjeny i Radę Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego od 30 września do 19 października 1935 roku. Wykłady będą się odbywały wieczorem.

30. IX. Otwarcie kursu. Dr. L. Wernic: Rozwój pojęć naukowych w eugenice polskiej i krajów zachodnich. 1. X. Dr. M. Kacprzak: Z zagadnień rozrodczości; Dr. M. Kacprzak: Zagadnienie statystyki rodzinnej. 2. X. Prof. M. Skalińska: O dziedziczności i jej prawach; Prof. M. Skalińska: O mutacji. 3. X. Prof. E. Stołyhwo: O rasach i typach ludzkich wogóle; Prof. E. Stołyhwo: O rasach ludzkich w Polsce. 4. X. Prof. S. Czarnowski: Granice selekcji biologicznej a kierunki selekcji społecznej; Dr. Mikulski: Zagadnienie bliźniąt w zakresie dziedziczności i sprawa szkolenia bliźniąt. 5. X. Dr. T. Zawodziński: Ruch neomaltuzjanizmu a zagadnienie antykoncepcji. Dr. H. Szczodrowski: Dzieje rozwoju walki ze zwyrodnieniem rasy w Polsce niepodległej. 7. X. Doc. Dr. H. Gnoiński: O konstytucjach fizycznych człowieka. 8. X. Prof. L. Hirszfeld: O odporności organizmu i jej dziedziczeniu; Prof. L. Hirszfeld: O typach krwi i ich dziedziczeniu. 9. X. Inż. A. Lejwa: O dziedziczeniu zaburzeń hormonalnych; Dr. St. Żurakowski: O metodach reaktywacji organizmu ludzkiego. 10. X. Prof. Wł. Sterling: Dziedziczenie chorób nerwowych; Adjunkt Dr. R. Dreszer: Dziedziczenie chorób psychicznych. 11. X. Prof. H. Melanowski: O dziedziczeniu chorób oczu; Doc. Dr. D. Zuberbier: O dziedziczeniu chorób słuchu. 12. X. Doc. Dr. G. Szulc: Gruźlica a dziedziczność; Dr. H. Szpidbaum: Dziedziczenie i znaczenie eugeniczne różnych postaci cukrzycy. 14. X. Płk. Dr. J. Nelken: Higjena psychiczna a alkoholizm; Płk. Dr. J. Nelken: Zagadnienie narkomanji. 15. X. Dr. T. Welfle: Rola chorób dziecięcych w selekcji biologicznej; Dr. L. Wernic: Rola chorób wenerycznych w selekcji biologicznej. 16. X. Dr. J. Nowakowski: O poradnictwie przedślubnem; Dr. T. Sieńko: Małżeństwo z punktu widzenia eugeniki. 17. X. Prof. W. Grzywo-Dąbrowski: Ustawy sterylizacyjne z punktu widzenia zwalczania przestępczości i patologicznej dziedziczności. 18. X. Sędzia K. Fleszyński: O projekcie prawa małżeńskiego w Polsce; Adwokat S. Markusfeld: Prawodawstwo eugeniczne na zachodzie i projekty polskie; Mec. I. Ettinger: Pierwiastki eugeniczne w prawodawstwie polskiem. 19. X. Min. Dr. W. Chodźko: O roli i znaczeniu T-wa Medycyny Zapobiegawczej i stosunku jej do eugeniki. Zamknięcie kursu. Dopuszczalne są zmiany w programie. — Sekretarjat kursu: 1) Dr. J. Nowakowski, Warszawa, ul. Nowy Świat 1. — 2) Państwowa Szkoła Higjeny, Warszawa, Chocimska 24.

Różne.

Z kraju.

Szpital Wolski w Warszawie został przeniesiony do nowego gmachu przy ul. Płockiej 26. Po przystosowaniu do potrzeb szpitalnych jeszcze 3 skrzydeł gmach ten pomieści 500 chorych wewnętrzno-chirurgicznych, zwłaszcza dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych.

X Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych odbędzie się w Krakowie w dniach 6, 7 i 8 października 1935.

X Międzynarodowy Kongres Historji Medycyny odbędzie się w Madrycie i Toledo od 23 do 29 września b. r. Delegatem Rządu Polskiego mianowany został Doc. U. J. Dr. Tadeusz Bilikiewicz. Ze strony polskiej zgłoszono 5 referatów (Prof. Dr. Szumowski, Dr. Bugiel z Paryża, Doc. Dr. Bilikiewicz, Dr. Ostachowski z Krakowa).

Kurs dokształcający z zakresu pielęgniarstwa szpitalnego i społecznego odbędzie się w Krakowie w dniach 3, 4 i 5 października b. r.

Komunikaty.

Komitet Organizacyjny X Zjazdu Higjenistów Polskich w Katowicach. Komunikat II. X Zjazd Higjenistów Polskich, poświęcony higjenie pracy i chorobom zawodowym, odbędzie się w Katowicach w czasie od 20—22 września r. b. Początek obrad w piątek dnia 20 września o godzinie 9.30. Do 18 września informacyj udziela się w lokalu Tow. Higjenicznego, Warszawa, Karowa 31. Od 19 września r. b. informacyj udzielać będzie biuro informacyjne w Katowicach. Składka za uczestnictwo w Zjeździe wynosi 10 zł dla członków i 5 zł dla osób towarzyszących. Konto czekowe P. T. H. 1888. Uczestnikiem Zjazdu może być każda osoba, zajmująca się naukowo lub praktycznie higjeną. Komitet Wykonawczy w Warszawie przyjmuje zgłoszenia członkowstwa w Zjeździe, jak również składki członkowskie, oraz wydaje karty uczestnictwa. — Tematy referatów na posiedzenia plenarne. Prof. W. Gądzikiewicz (Kraków): O organizacji opieki lekarsko-higjenicznej i nauczaniu higjeny i bezpieczeństwa w szkołach zawodowych. Dr. K. Hessek (Świętochłowice): Rola lekarza higjenisty w hutnictwie cynku. Inż. gen. E. Kątkowski (Warszawa): Zagadnienie unieszkodliwiania ścieków, szczególnie przemysłowych, w czasie kryzysu. Inż. Z. Rudolf (Warszawa): 1) Podstawy organizacji ochrony rzek przed zanieczyszczeniem w Polsce; 2) Walka z dymem w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Dr. M. Różalski (Katowice): Woda w górnośląskim okręgu przemysłowym. Inż. M. Rzęcki (Warszawa): 1) Walka z dymem w ośrodkach przemysłowych; 2) Problem zapobiegania wypadkom przy pracy. Prof. Dr. A. Safarewicz (Wilno): Zagadnienie ścieków przemysłowych. — Tematy referatów na posiedzenia w sekcjach: a) higjeny pracy, b) chorób zawodowych. a) Sekcja higjeny pracy. Doc. Dr. Adamski: Bakterjologja miejsca pracy i otoczenia w kopalnictwie węglowem. Dr. Donhajzerowa: Tymczasowe doniesienie w sprawie bakterjologji w kopalnictwie kruszcu. Inż. Drozdowski: Organizacja bezpieczeństwa pracy w hutnictwie żelaza. Dr. Kołoczek: Urządzenia sanitarne miasta Katowic. Dr. Mroziński: Badania ścieków z punktu widzenia chemicznego na obszarze woj. śląskiego. Dr. M. Różalski: Higjena pracy w hutnictwie żelaza. Dr. K. Sęczyk (Katowice): Obecny stan higjeny i bezpieczeństwa pracy w górnictwie węglowem. — b) Sekcja chorób zawodowych. Dr. Bernadzikowski: Obrażenia cielesne w kopalnictwie dzikiem (biedaszyby). Dr. Bociański: Ocena późnych następstw wypadków przy pracy. Dr. Bogdalski: 1) Urazy palucha w hutach żelaza; 2) Różne objawy zatruć tlenkiem węgla u hutników. Dr. Górny: Zawodowe uszkodzenie uszów u górników. Dr. Górski: Wpływ urazów na powstawanie nowotworów. Dr. Jakubowski: Złamania wypadkowe kości stopy w związku z pracą w kopalniach węgla. Dr. Jarczyk: Pylica u górników kopalni węgla rewiru katowickiego. Dr. Klar: O oczopląsie, jako zawodowem schorzeniu u górników. Dr. Kowalski: Uszkodzenia palców w związku z pracą w przemyśle. Dr. Lenartowicz: Uwagi o zmianach w stawach kończyn górnych u górników obsługujących maszyny wiertnicze pneumatyczne. Dr. Kwaśniewski: Rokowanie w reumatyzmie. Dr. Wilimowski: Ocena urazów dla odszkodowań w wypadkach przy pracy. Referaty zgłoszone i przyjęte na Zjazd, oraz wnioski referatów w całości, lub w dokładnem streszczeniu będą ogłoszone drukiem w miesięczniku „Zdrowie Publiczne", o ile w formie gotowej do druku zostaną przesłane Komitetowi do dnia 1 września r. b. Uczestnicy Zjazdu korzystają ze zniżki kolejowej ustanowionej dla zjazdów przez Min. Komunikacji.

III Kurs dla lekarzy z zakresu eugeniki ze specjalnem uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego, zorganizowany przez Państwową Szkołę Higjeny i Radę Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, rozpoczyna się w Państwowej Szkole Higjeny dnia 30 września i trwać będzie do dnia 19 października 1935 r. W celu umożliwienia uczestnictwa w kursie lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 19—22 w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, ul. Chocimska 24. Zgłoszenia przyjmuje i informacyj udziela Sekretarjat kursu: Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, ul. Chocimska 24.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.